XXIII. Band 1937 Heft 4

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung

Herausgegeben von

Sigm. Freud

Unter Mitwirkung von

Felix Boehm, Berlin · G. Bose, Kalkutta · M. Eitingon, Jerusalem · J. E. G. van Emden, Haag · Thomas M. French, Chicago
Lewis B. Hill, Baltimore · S. Hollós, Budapest · Ernest Jones, London · J. W. Kannabich, Moskau · Bertram D. Lewin, New York
Kiyoyasu Marui, Sendai · F. P. Muller, Leiden · M. W. Peck, Boston · Edouard Pichon, Paris · Philipp Sarasin, Basel
Harald Schjelderup, Oslo · Alfhild Tamm, Stockholm · Edoardo Weiss, Rom · Y. K. Yabe, Tokio

redigiert von

Edward Bibring, Wien · Heinz Hartmann, Wien

Sigm. Freud . . . . . Konstruktionen in der Analyse
Helene Deutsch . . . . . Über das induzierte Irresein (Folie à deux)
Jeanne Lampl-de Groot . Masochismus und Narzißmus
Therese Benedek . . . . Abwehrmechanismen und Ichstruktur
J. H. van der Hoop . . . Die Objektivität des Analytikers
Philip R. Lehrman . . . Über einige unbewußte Komponenten beim Mord
Paul Schilder . . . . . Zur Psychoanalyse der Benzhedrinwirkung
Gustaw Bychowski . . . Psychoanalyse im hypoglykämischen Zustand
René Spitz . . . . . Familienneurose und neurotische Familie
Rodolphe Loewenstein . Bemerkungen zur Theorie des therapeutischen Vorgangs der Psychoanalyse
Hanns Sachs . . . . . Zur Theorie der psychoanalytischen Technik

Referate

1) Die in der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse" veröffentlichten Beiträge werden mit Mark 25.— per sechzehnseitigen Druckbogen honoriert.

2) Die Autoren von Originalbeiträgen sowie von Mitteilungen im Umfange über zwei Druckseiten erhalten nach Wahl 15 Separata oder zwei Freiexemplare des betreffenden Heftes.

3) Die Kosten der Übersetzung von Beiträgen, die die Autoren nicht in deutscher Sprache zur Verfügung stellen, werden vom Verlag getragen; die Autoren solcher Beiträge erhalten kein Honorar.

4) Die Manuskripte sollen gut leserlich sein, möglichst in Schreibmaschinenschrift (einseitig und nicht eng geschrieben). Es ist erwünscht, daß die Autoren eine Kopie ihres Manuskriptes behalten. Zeichnungen und Tabellen sollen auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt sein. Die Zeichnungen sollen tadellos ausgeführt sein, damit die Vorlage selbst reproduziert werden kann.

5) Mehrkosten, die durch Autorkorrekturen, das heißt durch Textänderungen, Einschaltungen, Streichungen, Umstellungen während der Druckkorrektur verursacht werden, werden vom Autorenhonorar in Abzug gebracht.

6) Separata werden nur auf ausdrücklichen Wunsch und auf Kosten des Autors angefertigt. Die Kosten (einschließlich Porto der Zusendung der Separata) betragen für Beiträge

	bis	8	Seiten	für	25	Exemplare	Mark	15.—,	für	50	Exemplare Mark 20.—
von	9	„ 16	„	„	25	„	„	20.—,	„	50	„ „ 25.—
„	17	„ 24	„	„	25	„	„	30.—,	„	50	„ „ 40.—
„	25	„ 32	„	„	25	„	„	35.—,	„	50	„ „ 45.—

Mehr als 50 Separata werden nur nach besonderer Vereinbarung mit dem Verlag angefertigt.

Wir machen hiemit unsere Autoren auf folgendes aufmerksam:

Nach den gesetzlichen Bestimmungen kann bis zum Ablauf von zwei dem Erscheinungsjahr einer Arbeit folgenden Kalenderjahren über Verlagsrechte (Wiederabdruck und Übersetzungen) nur mit Genehmigung des Verlages verfügt werden. Auf Grund eines generellen Übereinkommens, das wir mit dem „International Journal of Psycho-Analysis" getroffen haben, steht es jedoch jedem Autor frei, ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages der letztgenannten Zeitschrift das Recht der Übersetzung und des Wiederabdrucks einzuräumen.

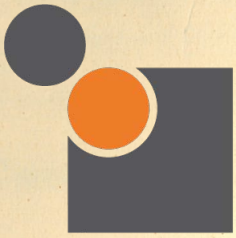
Die Genehmigung einer Wiederveröffentlichung oder Übersetzung in einem anderen Organ muß, um Berücksichtigung finden zu können, zugleich mit Übersendung des Manuskriptes verlangt werden.

Die Redaktion.

Redaktionelle Mitteilungen und Sendungen bitten wir zu richten an
Dr. Edward Bibring und Dr. Heinz Hartmann
p. A. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, IX., Berggasse 7.

Bestellungen und geschäftliche Zuschriften aller Art an

Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien IX, Berggasse 7.



INTERNATIONAL
PSYCHOANALYTIC
UNIVERSITY

DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN

Internationale Zeitschrift
für Psychoanalyse
Herausgegeben von Sigm. Freud

XXIII. Band 1937 Heft 4

Konstruktionen in der Analyse

Von
Sigm. Freud

I.

Ein sehr verdienter Forscher, dem ich es immer hoch angerechnet, daß er der Psychoanalyse Gerechtigkeit erwiesen zu einer Zeit, da die meisten anderen sich über diese Verpflichtung hinaussetzten, hat doch einmal eine ebenso kränkende wie ungerechte Äußerung über unsere analytische Technik getan. Er sagte, wenn wir einem Patienten unsere Deutungen vortragen, verfahren wir gegen ihn nach dem berüchtigten Prinzip: *Heads I win, Tails you loose*. Das heißt, wenn er uns zustimmt, dann ist es eben recht; wenn er aber widerspricht, dann ist es nur ein Zeichen seines Widerstandes, gibt uns also auch recht. Auf diese Weise behalten wir immer recht gegen die hilflose arme Person, die wir analysieren, gleichgiltig wie sie sich gegen unsere Zumutungen verhalten mag. Da es nun richtig ist, daß ein Nein unseres Patienten uns im allgemeinen nicht bestimmt, unsere Deutung als unrichtig aufzugeben, ist eine solche Entlarvung unserer Technik den Gegnern der Analyse sehr willkommen gewesen. Es verlohnt sich darum, eingehend darzustellen, wie wir das „Ja" und das „Nein" des Patienten während der analytischen Behandlung, den Ausdruck seiner Zustimmung und seines Widerspruchs, einzuschätzen pflegen. Freilich wird bei dieser Rechtfertigung kein ausübender Analytiker etwas erfahren, was er nicht schon weiß.

Es ist bekanntlich die Absicht der analytischen Arbeit, den Patienten dahin zu bringen, daß er die Verdrängungen — im weitesten Sinne verstanden — seiner Frühentwicklung wieder aufhebe, um sie durch Reaktionen zu ersetzen, wie sie einem Zustand von psychischer Gereiftheit entsprechen würden. Zu diesem Zwecke soll er bestimmte Erlebnisse und die durch sie hervorgerufenen Affektregungen wieder erinnern, die derzeit bei

ihm vergessen sind. Wir wissen, daß seine gegenwärtigen Symptome und Hemmungen die Folgen solcher Verdrängungen, also der Ersatz für jenes Vergessene sind. Was für Materialien stellt er uns zur Verfügung, durch deren Ausnützung wir ihn auf den Weg führen können, die verlorenen Erinnerungen wieder zu gewinnen? Mancherlei, Bruchstücke dieser Erinnerungen in seinen Träumen, an sich von unvergleichlichem Wert, aber in der Regel schwer entstellt durch alle die Faktoren, die an der Traumbildung Anteil haben; Einfälle, die er produziert, wenn er sich der „freien Assoziation" überläßt, aus denen wir Anspielungen auf die verdrängten Erlebnisse und Abkömmlinge der unterdrückten Affektregungen sowie der Reaktionen gegen sie herauszufinden vermögen; endlich Andeutung von Wiederholungen der dem Verdrängten zugehörigen Affekte in wichtigeren oder geringfügigen Handlungen des Patienten innerhalb wie außerhalb der analytischen Situation. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß das Verhältnis der Übertragung, das sich zum Analytiker herstellt, besonders geeignet ist, um die Wiederkehr solcher Affektbeziehungen zu begünstigen. Aus diesem Rohstoff — sozusagen — sollen wir das Gewünschte herstellen.

Das Gewünschte ist ein zuverlässiges und in allen wesentlichen Stücken vollständiges Bild der vergessenen Lebensjahre des Patienten. Hier werden wir aber daran gemahnt, daß die analytische Arbeit aus zwei ganz verschiedenen Stücken besteht, daß sie sich auf zwei gesonderten Schauplätzen vollzieht, an zwei Personen vor sich geht, von denen jedem eine andere Aufgabe zugewiesen ist. Man fragt sich einen Augenblick lang, warum man auf diese grundlegende Tatsache nicht längst aufmerksam gemacht wurde, aber man sagt sich sofort, daß einem hier nichts vorenthalten wurde, daß es sich um ein allgemein bekanntes, sozusagen selbstverständliches Faktum handelt, das nur hier in einer besonderen Absicht herausgehoben und für sich gewürdigt wird. Wir wissen alle, der Analysierte soll dazu gebracht werden, etwas von ihm Erlebtes und Verdrängtes zu erinnern, und die dynamischen Bedingungen dieses Vorgangs sind so interessant, daß das andere Stück der Arbeit, die Leistung des Analytikers, dagegen in den Hintergrund rückt. Der Analytiker hat von dem, worauf es ankommt, nichts erlebt und nichts verdrängt; seine Aufgabe kann es nicht sein, etwas zu erinnern. Was ist also seine Aufgabe? Er hat das Vergessene aus den Anzeichen, die es hinterlassen, zu erraten oder, richtiger ausgedrückt, zu konstruieren. Wie, wann und mit welchen Erläuterungen er seine Konstruktionen dem Analysierten mitteilt, das stellt die Verbindung her zwischen beiden Stücken der analytischen Arbeit, zwischen seinem Anteil und dem des Analysierten.

Seine Arbeit der Konstruktion oder, wenn man es so lieber hört, der Re-

konstruktion, zeigt eine weitgehende Übereinstimmung mit der des Archäologen, der eine zerstörte und verschüttete Wohnstätte oder ein Bauwerk der Vergangenheit ausgräbt. Sie ist eigentlich damit identisch, nur daß der Analytiker unter besseren Bedingungen arbeitet, über mehr Hilfsmaterial verfügt, weil er sich um etwas noch Lebendes bemüht, nicht um ein zerstörtes Objekt, und vielleicht auch noch aus einem anderen Grunde. Aber wie der Archäologe aus stehengebliebenen Mauerresten die Wandungen des Gebäudes aufbaut, aus Vertiefungen im Boden die Anzahl und Stellung von Säulen bestimmt, aus den im Schutt gefundenen Resten die einstigen Wandverzierungen und Wandgemälde wiederherstellt, genau so geht der Analytiker vor, wenn er seine Schlüsse aus Erinnerungsbrocken, Assoziationen und aktiven Äußerungen des Analysierten zieht. Beiden bleibt das Recht zur Rekonstruktion durch Ergänzung und Zusammenfügung der erhaltenen Reste unbestritten. Auch manche Schwierigkeiten und Fehlerquellen sind für beide Fälle die nämlichen. Eine der heikelsten Aufgaben der Archäologie ist bekanntlich die Bestimmung des relativen Alters eines Fundes, und wenn ein Objekt in einer bestimmten Schicht zum Vorschein kommt, bleibt es oft zu entscheiden, ob es dieser Schicht angehört oder durch eine spätere Störung in die Tiefe geraten ist. Es ist leicht zu erraten, was bei den analytischen Konstruktionen diesem Zweifel entspricht.

Wir haben gesagt, der Analytiker arbeite unter günstigeren Verhältnissen als der Archäolog, weil er auch über Material verfügt, zu dem die Ausgrabungen kein Gegenstück bringen können, z. B. die Wiederholungen von aus der Frühzeit stammenden Reaktionen und alles, was durch die Übertragung an solchen Wiederholungen aufgezeigt wird. Außerdem kommt aber in Betracht, daß der Ausgräber es mit zerstörten Objekten zu tun hat, von denen große und wichtige Stücke ganz gewiß verloren gegangen sind, durch mechanische Gewalt, Feuer und Plünderung. Keiner Bemühung kann es gelingen, sie aufzufinden, um sie mit den erhaltenen Resten zusammenzusetzen. Man ist einzig und allein auf die Rekonstruktion angewiesen, die sich darum oft genug nicht über eine gewisse Wahrscheinlichkeit erheben kann. Anders ist es mit dem psychischen Objekt, dessen Vorgeschichte der Analytiker erheben will. Hier trifft regelmäßig zu, was sich beim archäologischen Objekt nur in glücklichen Ausnahmsfällen ereignet hat wie in Pompeji und mit dem Grab des Tutankhamen. Alles Wesentliche ist erhalten, selbst was vollkommen vergessen scheint, ist noch irgendwie und irgendwo vorhanden, nur verschüttet, der Verfügung des Individuums unzugänglich gemacht. Man darf ja bekanntlich bezweifeln, ob irgend eine psychische Bildung wirklich voller Zerstörung anheimfällt. Es ist nur eine Frage der analytischen Technik,

ob es gelingen wird, das Verborgene vollständig zum Vorschein zu bringen. Dieser außerordentlichen Bevorzugung der analytischen Arbeit stehen nur zwei andere Tatsachen entgegen, nämlich daß das psychische Objekt unvergleichlich komplizierter ist als das materielle des Ausgräbers und daß unsere Kenntnis nicht genügend vorbereitet ist auf das, was wir finden sollen, da dessen intime Struktur noch so viel Geheimnisvolles birgt. Und nun kommt unser Vergleich der beiden Arbeiten auch zu seinem Ende, denn der Hauptunterschied der beiden liegt darin, daß für die Archäologie die Rekonstruktion das Ziel und das Ende der Bemühung ist, für die Analyse aber ist die Konstruktion nur eine Vorarbeit.

II.

Vorarbeit allerdings nicht in dem Sinne, daß sie zuerst als Ganzes erledigt werden müßte, bevor man das Nächste beginnt, etwa wie bei einem Hausbau, wo alle Mauern aufgerichtet und alle Fenster eingesetzt sein müssen, ehe man sich mit der inneren Dekoration der Gemächer beschäftigen kann. Jeder Analytiker weiß, daß es in der analytischen Behandlung anders zugeht, daß beide Arten von Arbeit nebeneinander herlaufen, die eine immer voran, die andere an sie anschließend. Der Analytiker bringt ein Stück Konstruktion fertig, teilt es dem Analysierten mit, damit es auf ihn wirke; dann konstruiert er ein weiteres Stück aus dem neu zuströmenden Material, verfährt damit auf dieselbe Weise, und in solcher Abwechslung weiter bis zum Ende. Wenn man in den Darstellungen der analytischen Technik so wenig von „Konstruktionen" hört, so hat dies seinen Grund darin, daß man anstatt dessen von „Deutungen" und deren Wirkung spricht. Aber ich meine, Konstruktion ist die weitaus angemessenere Bezeichnung. Deutung bezieht sich auf das, was man mit einem einzelnen Element des Materials, einem Einfall, einer Fehlleistung u. dgl. vornimmt. Eine Konstruktion ist es aber, wenn man dem Analysierten ein Stück seiner vergessenen Vorgeschichte etwa in folgender Art vorführt: Bis zu Ihrem nten Jahr haben Sie sich als alleinigen und unbeschränkten Besitzer der Mutter betrachtet, dann kam ein zweites Kind und mit ihm eine schwere Enttäuschung. Die Mutter hat Sie für eine Weile verlassen, sich auch später Ihnen nicht mehr ausschließlich gewidmet. Ihre Empfindungen für die Mutter wurden ambivalent, der Vater gewann eine neue Bedeutung für Sie und so weiter.

In unserem Aufsatz ist unsere Aufmerksamkeit ausschließlich dieser Vorarbeit der Konstruktionen zugewendet. Und da erhebt sich zu allererst die Frage, welche Garantien haben wir während der Arbeit an den Konstruktionen, daß wir nicht irre gehen und den Erfolg der Behandlung durch die

Vertretung einer unrichtigen Konstruktion aufs Spiel setzen? Es mag uns scheinen, daß diese Frage eine allgemeine Beantwortung überhaupt nicht zuläßt, aber noch vor dieser Erörterung wollen wir einer trostreichen Auskunft lauschen, die uns die analytische Erfahrung gibt. Die lehrt uns nämlich, es bringt keinen Schaden, wenn wir uns einmal geirrt und dem Patienten eine unrichtige Konstruktion als die wahrscheinliche historische Wahrheit vorgetragen haben. Es bedeutet natürlich einen Zeitverlust, und wer dem Patienten immer nur irrige Kombinationen zu erzählen weiß, wird ihm keinen guten Eindruck machen und es in seiner Behandlung nicht weit bringen, aber ein einzelner solcher Irrtum ist harmlos. Was in solchem Falle geschieht, ist vielmehr, daß der Patient wie unberührt bleibt, weder mit Ja noch mit Nein darauf reagiert. Das kann möglicherweise nur ein Aufschub seiner Reaktion sein; bleibt es aber so, dann dürfen wir den Schluß ziehen, daß wir uns geirrt haben, und werden dies ohne Einbuße an unserer Autorität bei passender Gelegenheit dem Patienten eingestehen. Diese Gelegenheit ist gegeben, wenn neues Material zum Vorschein gekommen ist, das eine bessere Konstruktion und somit die Korrektur des Irrtums gestattet. Die falsche Konstruktion fällt in solcher Art heraus, als ob sie nie gemacht worden wäre, ja in manchen Fällen gewinnt man den Eindruck, als hätte man, mit Polonius zu reden, den Wahrheitskarpfen grade mit Hilfe des Lügenköders gefangen. Die Gefahr, den Patienten durch Suggestion irre zu führen, indem man ihm Dinge „einredet", an die man selbst glaubt, die er aber nicht annehmen sollte, ist sicherlich maßlos übertrieben worden. Der Analytiker müßte sich sehr inkorrekt benommen haben, wenn ihm ein solches Mißgeschick zustoßen könnte; vor allem hätte er sich vorzuwerfen, daß er den Patienten nicht zu Wort kommen ließ. Ich kann ohne Ruhmredigkeit behaupten, daß ein solcher Mißbrauch der „Suggestion" in meiner Tätigkeit sich niemals ereignet hat.

Aus dem Vorstehenden geht bereits hervor, daß wir keineswegs geneigt sind, die Anzeichen zu vernachlässigen, die sich aus der Reaktion des Patienten auf die Mitteilung einer unserer Konstruktionen ableiten. Wir wollen diesen Punkt eingehend behandeln. Es ist richtig, daß wir ein „Nein" des Analysierten nicht als vollwertig hinnehmen, aber ebensowenig lassen wir sein „Ja" gelten; es ist ganz ungerechtfertigt, uns zu beschuldigen, daß wir seine Äußerung in allen Fällen in eine Bestätigung umdeuten. In Wirklichkeit geht es nicht so einfach zu, machen wir uns die Entscheidung nicht so leicht.

Das direkte „Ja" des Analysierten ist vieldeutig. Es kann in der Tat anzeigen, daß er die vernommene Konstruktion als richtig anerkennt, es kann

aber auch bedeutungslos sein oder selbst, was wir „heuchlerisch" heißen können, indem es seinem Widerstand bequem ist, die nicht aufgedeckte Wahrheit durch eine solche Zustimmung weiterhin zu verbergen. Einen Wert hat dies Ja nur, wenn es von indirekten Bestätigungen gefolgt wird, wenn der Patient in unmittelbarem Anschluß an sein Ja neue Erinnerungen produziert, welche die Konstruktion ergänzen und erweitern. Nur in diesem Falle anerkennen wir das „Ja" als die volle Erledigung des betreffenden Punktes.

Das Nein des Analysierten ist ebenso vieldeutig und eigentlich noch weniger verwendbar als sein Ja. In seltenen Fällen erweist es sich als Ausdruck berechtigter Ablehnung; ungleich häufiger ist es Äußerung eines Widerstandes, der durch den Inhalt der mitgeteilten Konstruktion hervorgerufen wird, aber ebensowohl von einem anderen Faktor der komplexen analytischen Situation herrühren kann. Das Nein des Patienten beweist also nichts für die Richtigkeit der Konstruktion, es verträgt sich aber sehr gut mit dieser Möglichkeit. Da jede solche Konstruktion unvollständig ist, nur ein Stückchen des vergessenen Geschehens erfaßt, steht es uns frei anzunehmen, daß der Analysierte nicht eigentlich das ihm Mitgeteilte leugnet, sondern seinen Widerspruch von dem noch nicht aufgedeckten Anteil her aufrecht hält. Er wird in der Regel seine Zustimmung erst dann äußern, wenn er die ganze Wahrheit erfahren hat, und die ist oft recht weitläufig. Die einzig sichere Deutung seines „Nein" ist also die auf Unvollständigkeit; die Konstruktion hat ihm gewiß nicht alles gesagt.

Es ergibt sich also, daß man aus den direkten Äußerungen des Patienten nach der Mitteilung einer Konstruktion wenig Anhaltspunkte gewinnen kann, ob man richtig oder unrichtig geraten hat. Umso interessanter ist es, daß es indirekte Arten der Bestätigung gibt, die durchaus zuverlässig sind. Eine derselben ist eine Redensart, die man in wenig abgeänderten Worten von den verschiedensten Personen wie über Verabredung zu hören bekommt. Sie lautet: D a s (d a r a n) h a b e i c h (oder: hätte ich) n i e g e d a c h t. Man kann diese Äußerung unbedenklich übersetzen: Ja, Sie haben das U n b e w u ß t e in diesem Falle richtig getroffen. Leider hört man die dem Analytiker so erwünschte Formel häufiger nach Einzeldeutungen als nach der Mitteilung umfangreicher Konstruktionen. Eine ebenso wertvolle Bestätigung, diesmal positiv ausgedrückt, ist es, wenn der Analysierte mit einer Assoziation antwortet, die etwas dem Inhalt der Konstruktion Ähnliches oder Analoges enthält. Anstatt eines Beispieles hiefür aus einer Analyse, das leicht aufzufinden, aber weitläufig darzustellen wäre, möchte ich hier ein kleines außeranalytisches Erlebnis erzählen, das einen solchen Sachverhalt mit bei-

nahe komisch wirkender Eindringlichkeit darstellt. Es handelte sich um einen Kollegen, der mich — es ist lange her — zum Konsiliarius in seiner ärztlichen Tätigkeit gewählt hatte. Eines Tages aber brachte er mir seine junge Frau, die ihm Ungelegenheiten bereitete. Sie verweigerte ihm unter allerlei Vorwänden den sexuellen Verkehr, und er erwartete offenbar von mir, daß ich sie über die Folgen ihres unzweckmäßigen Benehmens aufklären sollte. Ich ging darauf ein und setzte ihr auseinander, daß ihre Weigerung bei ihrem Mann wahrscheinlich bedauerliche Gesundheitsstörungen oder Versuchungen hervorrufen würde, die zum Verfall ihrer Ehe führen könnten. Dabei unterbrach er mich plötzlich, um mir zu sagen: Der Engländer, bei dem Sie einen Hirntumor diagnostiziert haben, ist a u c h schon gestorben. Die Rede schien zuerst unverständlich, das a u c h im Satze rätselhaft, es war von keinem anderen Gestorbenen gesprochen worden. Eine kurze Weile später verstand ich. Der Mann wollte mich offenbar bekräftigen, er wollte sagen: Ja, Sie haben ganz gewiß recht, Ihre Diagnose bei dem Patienten hat sich a u c h bestätigt. Es war ein volles Gegenstück zu den indirekten Bestätigungen durch Assoziationen, die wir in den Analysen erhalten. Daß an der Äußerung des Kollegen auch andere, von ihm beiseite geschobene Gedanken einen Anteil gehabt haben, will ich nicht bestreiten.

Die indirekte Bestätigung durch Assoziationen, die zum Inhalt der Konstruktion passen, die ein solches „a u c h" mit sich bringen, gibt unserem Urteil wertvolle Anhaltspunkte, um zu erraten, ob sich diese Konstruktion in der Fortsetzung der Analyse bewahrheiten wird. Besonders eindrucksvoll ist auch der Fall, wenn sich die Bestätigung mit Hilfe einer Fehlleistung in den direkten Widerspruch einschleicht. Ein schönes Beispiel dieser Art habe ich früher einmal an anderer Stelle veröffentlicht. In den Träumen des Patienten tauchte wiederholt der in Wien wohlbekannte Name J a u n e r auf, ohne in seinen Assoziationen genügende Aufklärung zu finden. Ich versuchte dann die Deutung, er meine wohl G a u n e r, wenn er J a u n e r sage, und der Patient antwortete prompt: Das scheint mir doch zu j e w a g t. Oder der Patient will die Zumutung, daß ihm eine bestimmte Zahlung zu hoch erscheine, mit den Worten zurückweisen: Zehn Dollars spielen bei mir keine Rolle, setzt aber anstatt Dollars die niedrigere Geldsorte ein und sagt: Zehn Schilling.

Wenn die Analyse unter dem Druck starker Momente steht, die eine negative therapeutische Reaktion erzwingen, wie Schuldbewußtsein, masochistisches Leidensbedürfnis, Sträuben gegen die Hilfeleistung des Analytikers, macht das Verhalten des Patienten nach der Mitteilung der Konstruktion uns oft die gesuchte Entscheidung sehr leicht. Ist die Konstruktion

falsch, so ändert sich nichts beim Patienten; wenn sie aber richtig ist oder eine Annäherung an die Wahrheit bringt, so reagiert er auf sie mit einer unverkennbaren Verschlimmerung seiner Symptome und seines Allgemeinbefindens.

Zusammenfassend werden wir feststellen, wir verdienen nicht den Vorwurf, daß wir die Stellungsnahme des Analysierten zu unseren Konstruktionen geringschätzig zur Seite drängen. Wir achten auf sie und entnehmen ihr oft wertvolle Anhaltspunkte. Aber diese Reaktionen des Patienten sind zumeist vieldeutig und gestatten keine endgültige Entscheidung. Nur die Fortsetzung der Analyse kann die Entscheidung über Richtigkeit oder Unbrauchbarkeit unserer Konstruktion bringen. Wir geben die einzelne Konstruktion für nichts anderes aus als für eine Vermutung, die auf Prüfung, Bestätigung oder Verwerfung wartet. Wir beanspruchen keine Autorität für sie, fordern vom Patienten keine unmittelbare Zustimmung, diskutieren nicht mit ihm, wenn er ihr zunächst widerspricht. Kurz, wir benehmen uns nach dem Vorbild einer bekannten Nestroyschen Figur, des Hausknechts, der für alle Fragen und Einwendungen die einzige Antwort bereit hat: Im Laufe der Begebenheiten wird alles klar werden.

III.

Wie dies in der Fortsetzung der Analyse vor sich geht, auf welchen Wegen sich unsere Vermutung in die Überzeugung des Patienten verwandelt, das darzustellen lohnt kaum der Mühe; es ist aus täglicher Erfahrung jedem Analytiker bekannt und bietet dem Verständnis keine Schwierigkeit. Nur ein Punkt daran verlangt nach Untersuchung und Aufklärung. Der Weg, der von der Konstruktion des Analytikers ausgeht, sollte in der Erinnerung des Analysierten enden; er führt nicht immer so weit. Oft genug gelingt es nicht, den Patienten zur Erinnerung des Verdrängten zu bringen. Anstatt dessen erreicht man bei ihm durch korrekte Ausführung der Analyse eine sichere Überzeugung von der Wahrheit der Konstruktion, die therapeutisch dasselbe leistet wie eine wiedergewonnene Erinnerung. Unter welchen Umständen dies geschieht und wie es möglich wird, daß ein scheinbar unvollkommener Ersatz doch die volle Wirkung tut, das bleibt ein Stoff für spätere Forschung.

Ich werde diese kleine Mitteilung mit einigen Bemerkungen beschließen, die eine weitere Perspektive eröffnen. Es ist mir in einigen Analysen aufgefallen, daß die Mitteilung einer offenbar zutreffenden Konstruktion ein überraschendes und zunächst unverständliches Phänomen bei den Analysierten

zum Vorschein brachte. Sie bekamen lebhafte Erinnerungen, von ihnen selbst als „überdeutlich" bezeichnet, aber sie erinnerten nicht etwa die Begebenheit, die der Inhalt der Konstruktion war, sondern Details, die diesem Inhalt nahestanden, z. B. die Gesichter der darin genannten Personen überscharf, oder die Räume, in denen sich Ähnliches hätte zutragen können, oder, ein Stück weiter weg, die Einrichtungsgegenstände dieser Räumlichkeiten, von denen die Konstruktion natürlich nichts hatte wissen können. Dies geschah ebensowohl in Träumen unmittelbar nach der Mitteilung als auch im Wachen in phantasieartigen Zuständen. An diese Erinnerungen selbst schloß weiter nichts an; es lag dann nahe, sie als Ergebnis eines Kompromisses aufzufassen. Der „Auftrieb" des Verdrängten, durch die Mitteilung der Konstruktion rege geworden, hatte jene bedeutsamen Erinnerungsspuren zum Bewußtsein tragen wollen; einem Widerstand war es gelungen, zwar nicht die Bewegung aufzuhalten, aber wohl sie auf benachbarte, nebensächliche Objekte zu verschieben.

Diese Erinnerungen hätte man Halluzinationen nennen können, wenn zu ihrer Deutlichkeit der Glaube an ihre Aktualität hinzugekommen wäre. Aber die Analogie gewann an Bedeutung, als ich auf das gelegentliche Vorkommen wirklicher Halluzinationen bei anderen, gewiß nicht psychotischen, Fällen aufmerksam wurde. Der Gedankengang ging dann weiter: Vielleicht ist es ein allgemeiner Charakter der Halluzination, bisher nicht genug gewürdigt, daß in ihr etwas in der Frühzeit Erlebtes und dann Vergessenes wiederkehrt, etwas was das Kind gesehen oder gehört zur Zeit, da es noch kaum sprachfähig war, und was sich nun dem Bewußtsein aufdrängt, wahrscheinlich entstellt und verschoben in Wirkung der Kräfte, die sich einer solchen Wiederkehr widersetzen. Und bei der nahen Beziehung der Halluzination zu bestimmten Formen von Psychose darf unser Gedankengang noch weiter greifen. Vielleicht sind die Wahnbildungen, in denen wir diese Halluzinationen so regelmäßig eingefügt finden, selbst nicht so unabhängig vom Auftrieb des Unbewußten und von der Wiederkehr des Verdrängten, wie wir gemeinhin annehmen. Wir betonen im Mechanismus einer Wahnbildung in der Regel nur zwei Momente, die Abwendung von der Realwelt und deren Motive einerseits und den Einfluß der Wunscherfüllung auf den Inhalt des Wahns anderseits. Aber kann der dynamische Vorgang nicht eher der sein, daß die Abwendung von der Realität vom Auftrieb des Verdrängten ausgenützt wird, um seinen Inhalt dem Bewußtsein aufzudrängen, wobei die bei diesem Vorgang erregten Widerstände und die Tendenz zur Wunscherfüllung sich in die Verantwortlichkeit für die Entstellung und Verschiebung des Wiedererinnerten teilen? Das ist doch auch der uns bekannte

Mechanismus des Traumes, den schon uralte Ahnung dem Wahnsinn gleichgesetzt hat.

Ich glaube nicht, daß diese Auffassung des Wahns vollkommen neu ist, aber sie betont doch einen Gesichtspunkt, der für gewöhnlich nicht in den Vordergrund gerückt wird. Wesentlich an ihr ist die Behauptung, daß der Wahnsinn nicht nur Methode hat, wie schon der Dichter erkannte, sondern daß auch ein Stück historischer Wahrheit in ihm enthalten ist, und es liegt uns nahe, anzunehmen, daß der zwanghafte Glaube, den der Wahn findet, gerade aus solch infantiler Quelle seine Stärke bezieht. Mir stehen heute, um diese Theorie zu erweisen, nur Reminiszenzen zu Gebote, nicht frische Eindrücke. Es würde wahrscheinlich die Mühe lohnen, wenn man versuchte, entsprechende Krankheitsfälle nach den hier entwickelten Voraussetzungen zu studieren und auch ihre Behandlung danach einzurichten. Man würde die vergebliche Bemühung aufgeben, den Kranken von dem Irrsinn seines Wahns, von seinem Widerspruch zur Realität, zu überzeugen und vielmehr in der Anerkennung des Wahrheitskerns einen gemeinsamen Boden finden, auf dem sich die therapeutische Arbeit entwickeln kann. Diese Arbeit bestünde darin, das Stück historischer Wahrheit von seinen Entstellungen und Anlehnungen an die reale Gegenwart zu befreien und es zurechtzurücken an die Stelle der Vergangenheit, der es zugehört. Die Verrückung aus der vergessenen Vorzeit in die Gegenwart oder in die Erwartung der Zukunft ist ja ein regelmäßiges Vorkommnis auch beim Neurotiker. Oft genug, wenn ihn ein Angstzustand erwarten läßt, daß sich etwas Schreckliches ereignen wird, steht er bloß unter dem Einfluß einer verdrängten Erinnerung, die zum Bewußtsein kommen möchte und nicht bewußt werden kann, daß etwas damals Schreckhaftes sich wirklich ereignet hat. Ich meine, man wird aus solchen Bemühungen an Psychotikern sehr viel Wertvolles erfahren, auch wenn ihnen der therapeutische Erfolg versagt bleibt.

Ich weiß, daß es nicht verdienstlich ist, ein so wichtiges Thema so beiläufig zu behandeln, wie es hier geschieht. Ich bin dabei der Verlockung einer Analogie gefolgt. Die Wahnbildungen der Kranken erscheinen mir als Äquivalente der Konstruktionen, die wir in den analytischen Behandlungen aufbauen, Versuche zur Erklärung und Wiederherstellung, die unter den Bedingungen der Psychose allerdings nur dazu führen können, das Stück Realität, das man in der Gegenwart verleugnet, durch ein anderes Stück zu ersetzen, das man in früher Vorzeit gleichfalls verleugnet hatte. Die intimen Beziehungen zwischen dem Stoff der gegenwärtigen Verleugnung und dem der damaligen Verdrängung aufzudecken, wird die Aufgabe der Einzeluntersuchung. Wie unsere Konstruktion nur dadurch wirkt, daß sie ein

Stück verlorengegangener Lebensgeschichte wiederbringt, so dankt auch der Wahn seine überzeugende Kraft dem Anteil historischer Wahrheit, den er an die Stelle der abgewiesenen Realität einsetzt. In solcher Art würde auch der Wahn sich dem Satze unterwerfen, den ich früher einmal nur für die Hysterie ausgesprochen habe, der Kranke leide an seinen Reminiszenzen. Diese kurze Formel wollte auch damals nicht die Komplikation der Krankheitsverursachung bestreiten und die Wirkung so vieler anderer Momente ausschließen.

Erfaßt man die Menschheit als ein Ganzes und setzt sie an die Stelle des einzelnen menschlichen Individuums, so findet man, daß auch sie Wahnbildungen entwickelt hat, die der logischen Kritik unzugänglich sind und der Wirklichkeit widersprechen. Wenn sie trotzdem eine außerordentliche Gewalt über die Menschen äußern können, so führt die Untersuchung zum gleichen Schluß wie beim einzelnen Individuum. Sie danken ihre Macht dem Gehalt an historischer Wahrheit, die sie aus der Verdrängung vergessener Urzeiten heraufgeholt haben.

Über das induzierte Irresein (Folie à deux)[1]

Von

Helene Deutsch

Boston

Im strengen Sinne dieser Benennung versteht man unter dem „induzierten Irresein" die Übertragung der wahnhaften Ideen eines Geisteskranken auf eine bis dahin psychisch gesunde Person, die das Wahnsystem des Kranken aufnimmt und es zum eigenen Bewußtseinsinhalt verarbeitet.

Was außer dispositionellen Momenten, engem Zusammenleben und allen anderen Faktoren dieser Art, unter welchen bekannterweise das „induzierte Irresein" als paranoisches Krankheitsbild entsteht, die Psychogenese der Induktion ausmacht, bleibt uns derzeit noch vollkommen unklar. Die tieferen psychischen Mechanismen, aus denen die vollkommene psychische Abhängigkeit und Identifizierung mit dem Primärerkrankten (bis zur Übernahme seiner Wahnideen) resultiert, müßten noch in jedem Falle einer Analyse unterzogen werden.

Neben den Krankheitsprozessen, die dem klinischen Begriff des „induzierten Irreseins" entsprechen, kennen wir eine große Anzahl verschiedener Formen der psychischen Affektion, von der Ansteckung mit Gemütsstimmungen und Affekten schon unter normalen Verhältnissen über pathologische Stimmungsanomalien, oberflächliche, korrigierbare Aneignung krankhafter Ideen bis zu schwersten psychotischen Krankheitsbildern.

Außer der individuellen Übernahme psychischer Inhalte der einen Person durch eine andere kennen wir diesen Prozeß auch als Massenerscheinung, wo ganze Gruppen psychisch Gesunder durch geisteskranke Weltverbesserer, Paranoiker usw. hingerissen werden. Auch große historische Vorgänge und religiöse Bewegungen, soziale Revolutionen etc. haben neben ihren Realitätsgründen auch psychische Determinanten, die dem pathologischen Prozeß des induzierten Irreseins sehr nahe kommen.

Ich habe meine heutige Aufgabe rein auf die klinische Beobachtung eingeschränkt und aus einer größeren Zahl von Fällen einige ausgewählt, an denen ich insbesondere Unterschiede zwischen hysterischen und psychotischen Formen des „induzierten Irreseins" zu beleuchten versuche.

I. Im Jahre 1918 habe ich aus der Wiener psychiatrischen Klinik mehrere Fälle von induziertem Irresein publiziert und entnehme dieser Publikation einen Fall, der eine Gruppe von drei Familienmitgliedern betraf:

Im Jahre 1918 wurde der psychiatrischen Klinik in Wien eine Familie, bestehend aus Mutter, Tochter und Sohn eingeliefert, die alle unter demselben Symptomenkomplex erkrankt waren. Das Parere berichtet: Der Gatte, bezw. Vater der Kinder rückte im Jahre 1915 ein. Seit dem Jahre 1916 fehlt jede Nach-

1) Nach einem auf dem Psychiatrischen Kongreß in Pittsburgh 1937 gehaltenen Vortrag.

richt von ihm. Nach einer nicht vollkommen verifizierten Meldung soll er gefallen sein. Die Ungewißheit, die Angst um den Gatten, an dem sie sehr hängt, riefen bei der Frau einen Zustand heftiger Erregung und starker Depression hervor, der sich auch ihrer beiden Kinder, zu denen sie in einem besonders zärtlichen Verhältnis steht, bemächtigte.

Seit einigen Monaten behauptet die Patientin hartnäckig, der Gatte lebe und werde bald nach Hause kommen. Er sei beim schwedischen Konsulat angestellt, sie bekomme von demselben häufig schriftliche Mitteilungen. Eine aristokratische reiche Familie M. nehme sich ihrer an, richte ihr eine Villa ein, werde ihr ein Auto kaufen. Sie habe durch diese Familie Beziehungen zu allen Ministern, sei reichlich mit Nahrungsmitteln versorgt, werde in eine hochelegante, ihr von der Familie M. im eigenen Hause eingerichtete Wohnung einziehen usw. Ihr Mann werde nach seiner Rückkehr an allen diesen Reichtümern teilnehmen; ein Sohn der reichen Familie werde ihre Tochter heiraten; ihrem eigenen Sohn stehe eine glänzende Zukunft bevor.

Die beiden Kinder der Patientin bestätigen vollkommen diese Angaben der Mutter. Die Angehörigen der Frau erkannten die obigen Angaben als Wahnideen und veranlaßten die Internierung der drei Personen.

Hier konnte man eine außerordentlich lebhafte Pseudologia phantastica zu dritt feststellen; ein Gebäude des induzierten Irreseins, in dem jeder seine eigenen Wünsche unterbringen konnte. Sobald ein Mitglied der Familie bereit war, die Korrektur vorzunehmen, induzierte ihn das andere mit seinen Ideen und so ging es im Kreise herum. Ich konnte während der Behandlung aller drei die Beobachtung machen, daß, wenn es mir gelungen war, bei einem der Patienten die Ideen zu korrigieren, er sehr rasch geneigt war, sich von neuem induzieren zu lassen, aber dann nur in bestimmten Richtungen. Der Sohn korrigierte z. B. die Idee der reichen Ehe der Schwester, nicht aber die Phantasie, daß er die „große" Position des Vaters erreichen sollte usw. Ähnlich war es auch mit den anderen Teilnehmern des Phantasiegebildes bestellt.

II. Ein 17jähriges Mädchen kommt in die psychoanalytische Behandlung mit der vermutlichen Diagnose einer beginnenden Schizophrenie. Der Vater erzählt, daß das junge Mädchen seit jeher eigenartig, in sich gekehrt und ungesellig war. Die Mutter des Kindes starb, als die Kleine zehn Jahre alt war. Er habe sich dann selbst ganz der Erziehung des einzigen Kindes gewidmet und sich eigentlich wenig von der Kleinen getrennt. Im letzten Jahr hatte er eine junge Dame kennen gelernt und seiner Tochter die Absicht verraten, diese Dame zu heiraten. Die Tochter hatte diesen Vorschlag mit großer Bereitwilligkeit aufgenommen und entwickelte sogar eine sehr zärtliche Anhänglichkeit an die zukünftige Stiefmutter. Erst als der Vater geheiratet hatte, fing das junge Mädchen an, sich immer mehr zurückzuziehen und ihr Wesen zu verändern. Sie saß stundenlang starr auf einem Fleck, lachte manchmal unmotiviert, verlor den Kontakt mit den Menschen und hatte bisweilen heftige Zornausbrüche, besonders gegen den Vater.

Im letzten Sommer habe die Familie die Ferien in einem kleinen Tiroler Ort verbracht, wo die Familie seit Jahren ein kleines Sommerhaus hatte. Seit dem Tode seiner Frau hatte der Vater diesen Ort jetzt zum ersten Mal wieder auf-

gesucht. In dem kleinen Dorf lebte seit vielen Jahren ein Narr, der behauptete, Kronprinz Rudolf zu sein. Kronprinz Rudolf war der österreichische Thronfolger, der einzige Sohn des Kaisers Franz Josef I., und hatte einen tragischen Tod erlitten. In der Dorfbevölkerung Österreichs tauchte von Zeit zu Zeit die Idee auf, daß der Kronprinz Rudolf gar nicht gestorben sei und noch einmal auftauchen werde. Dies war die „reale" Grundlage für das Wahngebilde des betreffenden Paranoikers.

Das junge Mädchen fing nun an, aus ihrer Stummheit zu erwachen, gesellte sich dem Geisteskranken und behauptete, sie sei vollkommen überzeugt, er sei der Kronprinz Rudolf, und sie werde von nun an ihr Leben dazu verwenden, ihm zur Realisierung seiner alten Ansprüche zu verhelfen. Sie war für jede Beweisführung unzugänglich und die Ärzte rieten eine Internierung in der Irrenanstalt an. Ich habe die Patientin in einer sechsmonatigen Analyse dazu gebracht, die Wahnidee ganz aufzugeben, habe aber trotzdem den Eindruck gewonnen, daß die Patientin an Schizophrenie leidet. Der Vater war mit dieser Diagnose nicht einverstanden, behauptete, die Patientin sei geheilt, und unterbrach die Behandlung. Ich habe dann gelegentlich gehört, daß die Wahnidee nicht mehr aufgetreten ist, daß aber die Patientin in einem stuporösen Zustand verblieb.

Uns interessiert hier nur die psychologische Grundlage ihrer induzierten Wahnidee. Sie führte in der Analyse direkt zu dem Familienroman, den die Patientin in ihrer Kindheit gebildet hatte: In dem Tiroler Dorf, in dem sie die Ferien als Kind zu verbringen pflegte, befand sich ein altes Schloß, Besitz einer aristokratischen Familie. Die Patientin hat nun in typischer Weise phantasiert, sie sei die Tochter dieser Familie usw. Die analytische Deutung eines solchen Familienromans ist uns bekannt und ich brauche hier nicht mehr darauf einzugehen. Er war die Reaktion auf die infantile Liebesenttäuschung am Vater. Als sie nach einigen Jahren in denselben Ort kam, hatte das Gefühl, vom Vater verlassen zu sein, durch seine Verheiratung eine viel realere und grausamere Form angenommen. Die Patientin versuchte sich anfangs durch die Liebe zur Stiefmutter zu entschädigen, aber als sie auch hier die Enttäuschung erlitt, zog sie sich vollkommen in die Introversion zurück und befand sich bereits in einem ganz autistischen Zustand, als sie den Sommerkurort aufsuchte. Die Identität des Ortes hatte nun die alte Phantasie des Familienromans aufgefrischt. Die Phantasie aber war reich an Objektbeziehungen, wenn auch in dieser introvertierten Form. In dem späteren psychotischen Zustand ist auch diese Phantasiewelt im Weltuntergang ihres Gefühlslebens verloren gegangen. In einem bestimmten Moment werden infolge der Wiederholung der realen Situation die alten Spuren der Kindheitsphantasie wiederbelebt, aber bereits in einer psychotischen Weise verarbeitet. Was früher Phantasie war und verlorengegangen ist, wird jetzt in der Außenwelt in Form der Wahnidee wieder aufgebaut. Der Motor der Induktion lag hier nicht in der suggestiven Beeinflussung durch den Geisteskranken und nicht in der Identifizierung mit ihm. Die Identifizierung bezog sich rein auf die Wahngebilde und lag in der Tatsache, daß der Inhalt seines

Wahns so nahe ihrem ursprünglichen Phantasiegebilde lag. Die analytische Deutung des übernommenen Wahnes lautete: Wenn es wahr ist, daß man ein verstoßenes Kind hochgestellter Eltern sein kann und einen gerechten Anspruch auf den Thron hat, so ist es auch wahr, daß ich ein ungerecht verstoßenes Kind bin und das Recht auf das alte Schloß meiner untergegangenen Gefühle habe.

Dieser Fall zeigt uns einen bestimmten Mechanismus der Induktion der Wahnidee, der ganz außerhalb des induzierenden Objektes steht und eine schon vorher bestehende seelische Situation zur Voraussetzung hat.

Der III. Fall bezieht sich auf eine Situation zwischen Mutter und Tochter. Es handelt sich dabei nicht um eine psychoanalytische Behandlung. Das Material ist einer Krankengeschichte entnommen, die durch zwölf Jahre von einer sehr gewissenhaften Fürsorgerin (social worker) geführt wurde. Diese Fürsorgerin ist eine ganz besonders kluge, intuitive, warmherzige Person, nicht beeinflußt von der Kenntnis der Psychoanalyse und der psychologischen Terminologie. Dieser Umstand macht die Krankengeschichte ganz besonders objektiv und wertvoll.

Die Fürsorgerin übernimmt die Fürsorge für das Kind in seinem zehnten Lebensjahr, nach dem Tode des Vaters, der durch einen Unfall getötet wurde. Die Mutter hat sichtlich eine Paranoia, dissimuliert aber in einer so raffinierten Weise, daß ihre Internierung nie zustandekommt. Da sie in vorzüglicher Weise für das Wohl des Kindes sorgt, ergibt sich in den zwölf Jahren niemals eine Notwendigkeit der Trennung von Mutter und Tochter.

Die Wahnidee der Mutter lautet: Feinde wollen sie von ihrer Tochter trennen, sie müsse das Kind vor den Gefahren retten und in die alte Heimat ihrer eigenen Kindheit, zu ihrer eigenen Mutter nach Holland zurückkehren. Ihr ganzes Leben ist auf diese gemeinsame Rückkehr mit der Tochter aufgebaut. Feinde hindern sie an der Realisierung — diese Aktion der Feinde wird in typisch paranoischer Weise ausgearbeitet. Als Motiv ihrer Reisebehinderung gibt sie Geldmangel an. Hat sie aber das notwendige Geld zusammengebracht, so erklärt sie, sie könne nicht weg, bevor sie nicht das Grab ihres Mannes aufgebaut und für dasselbe auch für die Zukunft vorgesorgt habe. Sie hat auch sichtlich eine Wahnidee, die ihr nicht erlaubt, Amerika — d. h. den Gatten — zu verlassen.

Sie lebt in ewiger Sorge, daß ihr andere Menschen, Männer und Frauen, das Kind wegnehmen und die Tochter nicht mit ihr nach Holland gehen lassen werden. De facto heißt dies: die Liebesbindung zwischen ihr und der Tochter zerstören werden. Interessant ist hier die doppelte Richtung ihrer Homosexualität. Die Feinde sind Frauen, vor allen die social workers — die Realgefahr für die Tochter liegt aber bei den Männern. Ihre Hauptangst konzentriert sich nun um einen verheirateten, kinderreichen Mann, mit dem ihre Tochter eine Liebesgeschichte hat. Aber auch hier ist es die M u t t e r dieses Mannes, die sich der Liebesgeschichte bedient, um ihr die Tochter wegzunehmen.

Die Tochter hat tatsächlich diese Liebesbeziehung angeknüpft, bricht aber bald — der Mutter und der Moral zuliebe — die Beziehung ab.

Man sieht die Tochter zeitweise — besonders nach einem Streit mit der Mutter — halb im Dämmerzustand, introvertiert, in den Straßen der Stadt herumirren, nach jenem verheirateten Tabumann suchend. Sie kehrt dann immer in tiefer Reue zur Mutter zurück, um die Reisewahnidee aufzunehmen und alles zu ver-

suchen, um die Abfahrt zu ermöglichen, aber auch um sie im Sinne der mütterlichen Wahnideen zu verhindern.

Zum Schluß verlobt sie sich mit einem jüngeren Manne, verschiebt aber durch vier Jahre die Heirat, weil sie sich nicht traut, die wahnhaften Reisepläne der Mutter durch ihre Ehe zu durchkreuzen.

Zeitweise hat man den Eindruck, daß die Tochter unter dem Drucke eines schweren Schuldgefühls gegenüber der Mutter zuerst nur Konzessionen macht zugunsten des mütterlichen Wahnes, allmählich aber, als würde sie — besonders nach jeder Verstärkung der Befreiungstendenz von der Mutter — den mütterlichen Wahn als real annehmen.

Die Krankengeschichte zeigt, daß die Mutter, als das Kind zwei Jahre alt war, den Mann in Amerika verlassen und vier Jahre von ihm getrennt in Holland gelebt hat. Sichtlich hatte sie schon damals die Tendenz gehabt, das Kind vom Vater zu trennen, um es selbst zu besitzen — wahrscheinlich als Wiederholung ihrer früheren Bindung an die eigene Mutter. Man kann beobachten, wie sie zum Mann zurückkehrt und wie sie nach seinem Tode den Ambivalenzkampf wahnhaft verarbeitet, ihrer homosexuellen Bindung an die Tochter den Inhalt eines Verfolgungswahnes gibt und dann in einer Spaltung ohne Ende das Kind vom toten Vater, resp. vom verheirateten Geliebten trennen will, diese Trennung aber doch nicht zustandebringt.

Ich habe die Mutter nur aus der Krankengeschichte kennen gelernt. Die Tochter kenne ich persönlich. Sie sagte mir, daß sie die Kinderjahre mit der Mutter in Holland sehr glücklich verbracht habe. Sie erinnere sich nicht, ob sie je an den Vater dachte; wohl aber, daß sie, als sie sechsjährig nach Amerika kam, als erste den Vater im Hafen erkannte, „als wäre er immer mit mir gewesen".

Sie hatte oft gesehen, wie die Mutter den Vater mit ihren Ideen quälte; manchmal nahm er den Hut um wegzugehen, und Patientin zitterte, daß er die Mutter verlassen werde, er blieb aber bei ihr „genau wie ich jetzt". Dieser Identifizierung mit dem Vater in der Beziehung zur Mutter gab sie auch sonst Ausdruck.

Besonders klar war ihre Angabe, sie wisse, daß sie, wenn sie ihren Verlobten verlasse und mit der Mutter wegziehe, dann immer dasitzen und phantasieren werde, wie schön es wäre, zu ihm zu gehen, ein Kind von ihm zu haben u. dgl. m. Schon jetzt habe sie das Gefühl, daß ihr die Phantasie lieber sei als die Realität. „Da muß ich mir keine Vorwürfe machen, daß ich die Mutter verlassen habe."

Hier liegt eine gewisse Ähnlichkeit des psychologischen Prozesses mit dem vorigen Fall vor, nämlich: das Wahngebilde der Mutter und das Phantasieleben der Tochter laufen in eine Richtung. In diesem Falle aber gelingt es der Mutter durch zwölf Jahre nicht, die Tochter mit der Wahnidee zu induzieren. Die Objektbeziehungen der Tochter zur Umwelt sind nicht, wie beim vorigen Fall, zerstört. Die günstige Unterbringung ihrer positiv homosexuellen Strebungen bei der Fürsorgerin einerseits, ein ständiger Realisierungsversuch in der heterosexuellen Richtung andererseits retten sie sichtlich vor der psychotischen Induktion. Was sie aber doch an die Mutter bindet und ihr die Befreiung aus dem Umkreis des mütterlichen Wahnes nicht gestattet, ist die Tatsache, daß der Wahn der Mutter und ihr eigenes verdrängtes

Phantasieleben dieselbe Richtung haben. Die Übereinstimmung der mütterlichen Wahnidee mit der Ödipussituation des Mädchens hat in diesem Falle das krankhafte Bündnis hervorgerufen mit der Gefahr, daß aus einer neurotischen Abhängigkeit des Mädchens doch mit der Zeit ein psychotischer Zustand, ein induziertes Irresein entsteht.

IV. Es handelt sich um zwei Schwestern, die nach einem doppelten Selbstmordversuch durch Gas die psychiatrische Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben. Die ältere starb bald nachher, die jüngere konnte einer genauen analytischen Exploration unterworfen werden.

Beide Schwestern lebten nach dem Tode der Eltern zusammen. Die um 15 Jahre ältere hatte die Mutterstelle bei der jüngeren übernommen, beide hingen mit zärtlicher Liebe aneinander. Die Ältere war immer sonderbar, ungesellig, mißtrauisch, einsam. Die jüngere mußte aus finanziellen Gründen eine Stelle als Hausdame bei einem Witwer in einer anderen Stadt annehmen und heiratete ihn dann. Sie war in der Ehe „zufrieden", hatte zwei Kinder, aber wirkliche Gefühlswärme ihrem Mann oder den Kindern gegenüber hatte sie nicht empfunden.

Mit der Schwester stand sie in einem auffallend losen Verkehr, besuchte sie jahrelang nicht, schrieb auch selten. Erst als die Nachricht von einer schweren Erkrankung der Schwester kam, entschloß sie sich, diese zu besuchen.

Sie behauptet, daß sie bereits auf der Stiege des schwesterlichen Wohnhauses Zurufe gehört hat: „Aber da kommt die Zweite." „Jetzt werden sie wieder zusammen schlafen." „Sie wird ihr schon helfen" usw. Sie dachte sich: „die arme Schwester, wie muß sie hier leiden". Als ihr dann die Schwester ihr altes paranoisches Verfolgungssystem mitteilte, hatte die Jüngere nicht einen Moment an seiner Wahrheit gezweifelt. Sie verbrachten einige qualvolle Wochen zusammen und beschlossen dann, zusammen zu sterben.

Es ist möglich, daß die Angabe der Geretteten, sie habe schon v o r h e r, bevor sie die Schwester gesehen habe, die Verfolgungen wahrgenommen, eine Erinnerungstäuschung war und daß der Projektionsvorgang erst auf das induzierende Signal von Seiten der Älteren zustande kam. Dies scheint mir aber ziemlich gleichgültig zu sein.

Sie kam in das Haus der Schwester voll von bangen Gefühlen einer ängstlichen Spannung. Die alte homosexuelle, sehr ambivalente Bindung an die Schwester drückte sich in diesen Gefühlen aus. Möglich, daß der Haß, dessen sie sich im Stiegenhaus zu entledigen versuchte, hier schon projiziert wurde, ebenso wie die Angst vor der Homosexualität, die sich im Inhalt der „Stimmen" verriet. Es ist aber wahrscheinlich, daß sie erst nachträglich den paranoischen Vorgang, den sie im Dienste ihrer eigenen Abwehr gut brauchen konnte, von der Schwester übernommen hat.

Der Epilog: gemeinsamer Selbstmord, hat ja unsere Vermutung über die Genese des „induzierten Wahnsinnes" bestätigt. Da sich der gegen einander gerichtete Haß durch die Projektion auf die Verfolger nicht absättigen konnte, verübten sie an einander den Mord unter der Maske des doppelten Selbstmordes.

Solche paranoische, gleichgeschlechtliche Geschwisterpaare sind in der Gruppe des induzierten Irreseins sehr häufige Erscheinungen. Man zieht als Ätiologie heran: einmal die Konstitution und dann das von der übrigen Welt abgetrennte, gemeinsame, enge Zusammenleben von zwei Individuen, in dem der Aktivere den Passiveren mit seinen Ideen infiziert.

Ich glaube umgekehrt, daß das enge, von anderen abgetrennte Zusammenleben schon der Ausdruck jener unbewußten Bindungen zu sein pflegt, die später beide Teile zu gleichsinnigen Wahnideen bringen.

Daß der im Wahne Aktivere eventuell den induzierenden Auftakt gibt, ist wahrscheinlich.

Wir haben in den mitgeteilten Fällen verschiedene Formen von induziertem Irresein beschrieben. Im ersten Fall eine gemeinsame Pseudologia phantastica im Sinne gemeinsamer bewußter und unbewußter Wunschziele bei drei Mitgliedern einer Familie. Die Grundlage zur gemeinsamen Erkrankung war die libidinöse Beziehung der drei Personen zueinander und die gemeinsame Reaktion auf den Verlust eines bestimmten Objektes, zu dem alle drei in einer Affektbeziehung gestanden sind.

Im zweiten Fall handelt es sich um einen schizophrenen Identifizierungsvorgang, abgelöst von jeder Objektbeziehung zum induzierenden Objekte. Man konnte aber hinter der Wahnidee die Ruinen der alten libidinösen Bindungen aufdecken.

Im dritten Fall haben wir einen parallelen Vorgang zwischen den Wahnideen des Geisteskranken und dem Phantasieleben des Neurotischen festgestellt und in dieser Identität die Brücke zur Induktion gefunden.

Im vierten Fall endlich haben wir ein richtiges paranoisches induziertes Irresein gesehen, in dem die psychotische Verwandlung der Realität von zwei Individuen nicht aus der Beeinflussung der einen Schwester durch die andere stammte, sondern aus der Tatsache, daß beide schon früher gemeinsam verdrängte und untergegangene seelische Inhalte hatten, die in der einen früher und in der anderen später zum Durchbruch kamen.

Ein Stück theoretischer Fassung der klinischen Beobachtungen bleibt noch unsere Aufgabe. Ich will hier natürlich nicht auf das Problem der Projektion und auf die ökonomische Bedeutung der Wahnideen als Restitutionsvorgang im Sinne Freuds weiter eingehen. Ich möchte nur im Zusammenhang mit dem Problem des induzierten Irreseins auf einen tieferen psychischen Vorgang hindeuten, der bei der psychotischen Form der Induktion sicherlich in Funktion tritt. Die Tendenz, einen inneren psychischen Vorgang als Wahrnehmung zu betrachten, wirkt sich ständig in uns aus. Ein typisches Beispiel hiefür ist der Traum. Es erfordert einen komplizierten Entwicklungsprozeß, um den inneren Inhalt von der Wahrnehmung der Außenwelt unterscheiden zu lernen, und es scheint, daß die ständige Kontrolle der Umwelt bei dieser Differenzierung eine wichtige Rolle spielt. Ein psychotisches Indi-

viduum hat nicht nur die Differenzierung zwischen Innenwelt und Realwelt aufgegeben, sondern es hat auch auf die Kontrolle der Objekte, die bei dieser Differenzierung eine wichtige Rolle spielt, verzichtet. Wahrnehmung ist, was auch die anderen als Wahrnehmung empfinden. Ist aber die Brücke zwischen dem Individuum und den übrigen Objekten zerstört, hat sich das psychotische Ich in seiner Abschätzung der Grenzen zwischen Innen- und Außenwelt narzißtisch abgelöst, dann nimmt es seinen Wahn als Realität und bekennt sich zu demselben.

Es kann aber vorkommen, daß doch ein Stück Realitätsanpassung den Ausbruch des Wahnes verhindert. In diesem Falle löst sich das Ich nur allmählich von den Besetzungen ab, grenzt sich autistisch von der Umwelt ab, ohne den psychotischen Restitutionsvorgang als Wahngebilde zustande zu bringen. Es genügt aber dann eine bejahende Geste von der Umwelt, eine Bestätigung, eine Ermutigung, um den Wahn lautwerden zu lassen. Was uns dann als Suggestion oder Induktion evident wird, ist nur eine Mobilmachung des schon vorhandenen inneren Inhaltes, eine Ermutigung für den vorhandenen Projektionsvorgang.

Freud betrachtet die Wahnideen des Geisteskranken als Wiederaufbau der verlorengegangenen Objektwelt. Ich glaube, daß die Induktion im induzierten Irresein in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle spielt. Der gemeinsame Wahn scheint ein wichtiges Stück der Objektrettung zu sein, eben auf dem Weg der Identifizierung mit einem Objekt, bezw. mit seinem Wahn. Die letzte, paranoische Patientin hatte dies besonders klar gezeigt.

Zwischen der hysterischen Suggestion und der schizophrenen Induktion liegt jene Welt an Verschiedenheit, die den Unterschied zwischen hysterischer Objektbeziehung und schizophrenem Objektverlust darstellt.

Beiden gemeinsam jedoch ist: 1. daß weder in der Suggestion noch in der Induktion etwas vom Subjekt angenommen wird, was dem Ich fremd ist, und 2. daß ebenso der Suggerierte wie der Induzierte sich auf dem Wege der Identifizierung dem Objekte näher zu bringen, bezw. das verlorene Objekt wiederzufinden versuchen.

Von da führt der Weg zum Problem der „Verliebtheit", auf das ich heute nicht eingehen kann.

Zum Schluß möchte ich noch zum Ausgangspunkt meiner Erörterungen zurückkehren. Wir haben darauf hingewiesen, daß solche Vorgänge, wie wir sie hier im Individuellen gesehen haben, auch ganze Menschengruppen, ganze Nationen und Generationen betreffen können. Wir müssen aber, wie im Individuellen, so auch hier, Unterschiede zwischen hysterischen, libidinös determinierten Massenbeeinflussungen und gemeinsamen schizophrenen Wahnideen machen. Ebenso zwischen gemeinsamen Entfesselungen von Aggressionen unter dem Vorwand von Idealbildungen und paranoischen

Projektionen usw. Allerdings ist die Unterscheidung nicht immer leicht und oft genug ist bei diesen Folien en masse die Verneinung oder Bejahung der Umwelt der einzige Maßstab dafür, ob etwas ein Wahnsinn oder eine Heldenaktion ist.

Masochismus und Narzißmus[1]

Von

Jeanne Lampl-de Groot

Wien

Das masochistische Verhalten der Menschen hat unser Verständnis seit jeher auf eine harte Probe gestellt. Die Vorstellung, daß es ein lustvolles Leiden gibt, erscheint uns schwer akzeptabel; die analytische Beobachtung zeigt aber unzweideutig, daß es eine Lust am Leiden geben kann, daß im masochistischen Erleben eine Lustkomponente enthalten sein muß. In den masochistischen Praktiken Perverser und in den masochistischen Phantasien vieler Neurotiker wird das Lustmoment den Individuen bewußt. Dort, wo ein unbewußtes Schuldgefühl (ein Strafbedürfnis) vorherrscht, lehrt uns das Verhalten der ganzen Persönlichkeit, daß die Strafe (der Schmerz oder die Beschädigung der Person) verlangt wird und zweifellos Befriedigung bringt.

Wir können das Problem des Masochismus anscheinend in zwei verschiedene Fragestellungen aufteilen. Die erste könnte man folgendermaßen formulieren:

Welche Anlässe bringen ein Individuum dazu, die mit Unlust, Leiden, Schmerz verknüpfte masochistische Befriedigung aufzusuchen?

Die zweite tiefergreifende Frage wäre:

Wie ist es zu erklären, daß Unlust, Leiden, Schmerz mit Lust verbunden sein können, wie ist das mit dem Wesen des Triebes vereinbar?

Mit diesem letzten Problem, das für unser Verständnis wohl nie sein Rätselhaftes verlieren wird, setzt sich Freud in seiner Arbeit „Das ökonomische Problem des Masochismus“[2] auseinander. Dort wird als Grundlage jedes masochistischen Erlebnisses der primäre erogene Masochismus angenommen, der „biologisch und konstitutionell zu begründen“, „eine Bedingtheit der Sexualerregung“, „ein infantiler psychologischer Mechanismus, der späterhin versiegt,“ sei und „dessen Erklärung nicht ohne weit rückgreifende Erwägung gelingt.“ Freud meint in derselben Arbeit, daß „dieser primäre Masochismus ein Zeuge und Überrest jener Bildungsphase sei, in der die für das Leben so wichtige Legierung von Todestrieb und Eros geschah.“ Er sei also der durch Libido gebundene, im Innern wirksam gebliebene Anteil des Destruktionstriebs, durch jene Bindung mit Libido eben auch Vertreter des Lustprinzips geworden. Diese Annahmen über die Entstehung des primären Masochismus entwickeln sich folgerichtig aus der analytischen

---

1) Vorgetragen auf dem XIV. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Marienbad am 7. August 1936.

2) Ges. Schr., Bd. V, S. 374.

Triebtheorie. Man kann vorläufig, so lange über die organische Natur der Triebe nicht mehr bekannt ist, wohl nichts hinzufügen.

Dieser primäre Masochismus, die Selbstdestruktion, ist in der Praxis nicht direkt zu beobachten, er arbeitet im Innern, wie Freud es ausdrückt, „stumm und lautlos". Beim Kind in den ersten Lebensjahren ist von einem masochistischen Verhalten wenn überhaupt, dann nur selten etwas zu bemerken, es reagiert auf Schmerz und Entbehrung mit deutlicher Unlust und es versucht, sich dieser Unlust zu entziehen. Wenn das Kleinkind sich selbst Schädigungen zufügt, geschieht es wohl nur aus Unkenntnis der realen Gefahren. Die Äußerungsformen des Masochismus, die man in der analytischen Praxis beobachten kann, sind bereits Folgen komplizierterer seelischer Prozesse, sie gehören als sogenannter femininer und moralischer Masochismus dem sekundären Masochismus an, der auf dem primären erogenen ruht. Man muß also annehmen, daß jener infantile Mechanismus der Schmerzlust oder des primären erogenen Masochismus, von dem Freud annimmt, daß er „späterhin versiegt", diesem Schicksal nicht immer verfällt. Offenbar kann er in kleinerem oder größerem Ausmaß erhalten bleiben, und zwar gerade dort, wo er infolge bestimmter psychischer Vorgänge durch den sekundären Masochismus überbaut wird. Nur dieser sekundäre Masochismus ist durch seine psychischen Repräsentanzen unserer Beobachtung zugänglich. Der triebökonomische Vorgang beim Entstehen dieses sekundären Masochismus ist bekannt. Die Teile des Destruktionstriebs, die als Aggressionen gegen die Außenwelt gerichtet werden, können sekundär wieder gegen die eigene Person rückgewendet werden und sie sind es, die den sekundären Masochismus bilden. In den nachfolgenden Ausführungen beschäftige ich mich ausschließlich mit diesem sekundären Masochismus.

Wir sind jetzt wie von selbst zu unserer ersten Fragestellung gelangt: Was bringt ein Individuum dazu, die mit Unlust, Leiden, Schmerz verknüpfte masochistische Befriedigung aufzusuchen? Oder mit anderen Worten: Wann und aus welchen Anlässen entwickelt sich der sekundäre Masochismus?

Um der Beantwortung dieser Frage etwas näher zu kommen, möchte ich eine masochistische Phantasie, die jedem praktischen Analytiker bekannt ist, eingehender betrachten. Da der Masochismus, wie Freud es ausdrückt, „zur Weiblichkeit eine intimere Beziehung unterhält", ist es nur in der Ordnung, daß wir eine Phantasie auswählen, die von einem weiblichen Wesen herstammt. Ich meine die Phantasie, die man so ungemein häufig beim kleinen Mädchen, das unter dem Einfluß der Wahrnehmung des anatomischen Geschlechtsunterschiedes steht, als Begleiterscheinung seiner Masturbation vorfindet und auf die ich in einer Fußnote meiner Arbeit „Hemmung und Narzißmus"[3] bereits hinwies; sie lautet: „Ich habe einmal einen Penis besessen, er ist mir aber als Strafe für die Onanie weggenommen worden." Wir wissen,

3) Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XXII, 1936, S. 198.

diese Phantasie kann bis in die Pubertät und weit darüber hinaus festgehalten werden, ja in der Analyse erwachsener Frauen trotzt sie oft hartnäckig jeder Beeinflussung. Man ist immer wieder überrascht, mit welcher Zähigkeit sie festgehalten werden kann. Die Entwertung äußerer Verbote, Strafen und Drohungen, die gelungene Herabsetzung einer grausamen Härte des Über-Ichs ändern nichts an dieser Phantasie. Auf die masochistische Strafvorstellung wird nicht verzichtet. Angesichts der Eindringlichkeit dieser Beobachtungen entschließt man sich endlich zur Erkenntnis, daß offenbar die masochistische Phantasie, die qual- und schmerzvolle Vorstellung der Bestrafung für ein Vergehen, leichter ertragen wird als das Eingeständnis des körperlichen Defekts, der eigenen, immer dagewesenen Unzulänglichkeit.[4] Die Vorstellung „man hat mir meinen Penis genommen" restauriert für die Vergangenheit die Intaktheit der Person, was eine Genugtuung zu bringen scheint. Sie vermag aber nicht die gegenwärtige Enttäuschung über den wahrgenommenen Defekt, die eine schwere narzißtische Kränkung bedeutet, voll wettzumachen. Dazu ist offenbar eine Verringerung der Unlust durch eine neu hinzukommende Lust notwendig. Es ist der durch die Vorstellung von Strafe und Leiden verursachte masochistische Lustgewinn, der diese Unlust zu mildern vermag. Der Anlaß zur Entstehung der von uns behandelten masochistischen Phantasie des kleinen Mädchens war also der Versuch, den Schmerz einer narzißtischen Kränkung (des Penismangels) zu lindern; mit anderen Worten: das kleine Mädchen sucht Lust in der Strafvorstellung, um sich die größere Unlust der Kränkung zu ersparen. Der Triebvorgang dabei ist folgender: Die narzißtische Kränkung ruft Zorn und Wut hervor und diese Aggressionen, die in der Außenwelt nicht genügend untergebracht werden können, werden jetzt im Innern zum masochistischen Lustgewinn verwendet.

Dieses Resultat ist ein verblüffend einfaches. Die Psychoanalyse hat auch seit jeher eine engere Beziehung zwischen Narzißmus und Masochismus angenommen. Es ist ihr auch eine innigere Verknüpfung von Narzißmus und Masochismus auf der einen Seite mit der Weiblichkeit auf der anderen Seite nie entgangen.

Das Studium der Genese dieser masochistischen Phantasie vermittelt dem Beobachter noch etwas ungemein Wichtiges; er bekommt einen großen Eindruck von der hohen Bedeutung narzißtischer Kränkungen für die seelische Entwicklung. Gerade die Zähigkeit, mit der die so fremd anmutende masochistische Strafphantasie auch noch in der Analyse festgehalten werden kann, zeigt uns, wie heftig die Auswirkung einer narzißtischen Kränkung sein kann und wie dringlich es zu sein scheint, sie zu verleugnen und zu verdecken. Daß diese Kränkung beim kleinen Mädchen an seinem Penisneid

4) Edoardo Weiss hat sich in seiner Arbeit „Die Regression und Projektion im Über-Ich", Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XVIII, 1932, S. 43 f., mit dem gleichen Problem beschäftigt.

entstanden ist, scheint uns in vieler Hinsicht bedeutungsvoll und der näheren Betrachtung wert.

Ich möchte nun gleich auf einen Einwand zu sprechen kommen, der hier laut zu werden verdient. Es taucht die Frage auf: Ist das Entstehen jener masochistischen Phantasie des kleinen Mädchens nicht einfach der Ausdruck eines Schuldgefühls wegen verpönter aggressiver und libidinöser Wünsche, die in der Masturbation eine Abfuhr finden? Zweifellos gibt es viele Strafphantasien, die der Befriedigung des Schuldgefühls dienen. Sie wurden von Freud vor längerer Zeit in „Ein Kind wird geschlagen"[5] beschrieben und gehen beim kleinen Mädchen auf die Formel zurück „ich werde vom Vater geschlagen". Das Geschlagenwerden ist in dieser Phantasie die Strafe für den verpönten libidinösen Wunsch aus dem Ödipuskomplex, aber zu gleicher Zeit der regressive Ersatz für ihn. Aus der Praxis erfahren wir, daß die Wirkung dieser masochistischen Phantasie, die etwa im späteren Leben das Liebesleben der Frau hemmend beeinflussen kann, in der Regel fortfällt, wenn es in der Analyse gelingt, die Ödipuswünsche aus der Verdrängung zu befreien, die Verbote des Über-Ichs zu annullieren, die aus dem Ödipuskomplex stammende Neurose rückgängig zu machen.

Die von uns zuerst betrachtete Phantasie jedoch ist ganz anderer Herkunft, mag sie auch öfters die Grundlage für die Phantasie „vom Vater geschlagen zu werden" abgeben.

Die erste Phantasie „man hat mir den Penis zur Strafe für die Onanie genommen" stammt nicht aus der Ödipusphase des kleinen Mädchens, sondern aus der präödipalen Zeit, aus einer Phase, in der das Über-Ich noch nicht entwickelt ist, in der als Vorstufe der späteren Gewissensinstanz Realangst (vor Strafe, bezw. Liebesverlust) zur Triebeinschränkung führt und innere Schuldgefühle noch kaum eine Rolle spielen. In dieser phallischen Phase der präödipalen Entwicklungsstufe setzt sich das kleine Mädchen mit ihrem Penisneid auseinander, narzißtische Bedürfnisse stehen im Vordergrund, das Objekt, das in dieser Zeit eine Rolle spielt, ist die Mutter und es ist auch die Mutter, die für die Penislosigkeit verantwortlich gemacht wird. „Man hat mir den Penis genommen" heißt eigentlich: „die Mutter hat ihn mir genommen." Der Ausgang dieser Phase ist aber im Gegensatz zur Ödipussituation, wo die zärtliche Bindung an den Vater aufrecht erhalten bleibt, mit einer völligen Verfeindung mit der Mutter und einer Abwendung von ihr als Objekt verbunden. Die Vorstellung: die Mutter hat mir den Penis genommen (resp. vorenthalten), ersetzt nicht eine Liebesbeziehung zu ihr (etwa wie die Phantasie: ich werde vom Vater geschlagen, ein Ersatz für den Ödipuswunsch, vom Vater geliebt zu werden, ist), sondern sie wird zum letzten, schwerstwiegenden Anlaß, sich vollauf mit der Mutter zu verfeinden und sie als Objekt fallen zu lassen. Sie leitet die Überführung der

5) Ges. Schr., Bd. V, S. 344.

Liebeswünsche auf den Vater ein und bereitet so die Bildung des Ödipuskomplexes vor. Diese Überleitung geschieht, wie wir gesehen haben, öfters über die masochistische Vorstellung: „zur Strafe für die Onanie bin ich kastriert worden." Zu dieser Zeit dient diese Vorstellung noch nicht der Befriedigung eines Schuldgefühls, sondern sie dient der Verringerung und Verdeckung der Unlust, die die Wahrnehmung des körperlichen Defektes hervorgerufen hat. Sie werden nun fragen, wie sich in der Praxis die verschiedene Genese beider Arten von Phantasien ausdrückt. Ich meine: bei den therapeutischen Bemühungen drückt sich dieser Unterschied so aus, daß die aus dem Ödipuskomplex stammenden Strafphantasien gewöhnlich verhältnismäßig leicht zu beeinflussen sind, während die zur Vermeidung von narzißtischer Kränkung gebildete masochistische Kastrationsphantasie hartnäckig festgehalten wird und der analytischen Beeinflussung trotzt. Ich möchte hier darauf aufmerksam machen, daß ich in meiner Arbeit „Hemmung und Narzißmus"[6] in bezug auf die therapeutische Beeinflussung von neurotischen Hemmungen zu einem ähnlichen Resultat gekommen bin. Ich meinte dort: entsteht eine neurotische Hemmung aus Angst des Ichs vor den Anforderungen des Über-Ichs oder infolge eines Konfliktes des Ichs mit dem Es (etwa bei Sexualisierung einer Ich-Tätigkeit), dann sind die therapeutischen Chancen viel günstigere, als wenn eine Hemmung entsteht, um eine narzißtische Kränkung zu verleugnen oder eine Mahnung an sie zu umgehen.

Ich komme nun auf unseren Ausgangspunkt zurück und fasse zusammen: Einen sehr frühen Anlaß (vielleicht den ersten?) zur Ausbildung masochistischen Verhaltens bietet die Flucht vor einer Kränkung des Narzißmus. Die Unlust dieser Kränkung ist größer als die durch masochistischen Lustgewinn gemilderte Unlust von Strafen, Leiden und Schmerz. Deshalb wird dieses masochistische Benehmen oftmals so hartnäckig festgehalten. Diese frühe Quelle für die Entstehung des Masochismus kann überbaut werden durch das Sühnebedürfnis des Ichs, wenn die Über-Ich-Instanz ausgebildet worden ist und Gewissensängste ihre Wirkung auszuüben beginnen. Für die Therapie ist es wichtig, welche Quellen für das Entstehen des Masochismus verantwortlich zu machen sind.

Ich habe diese Auffassung vor Ihnen am Beispiel jener häufig auftretenden masochistischen Straf-Phantasie des kleinen Mädchens entwickelt: „Ich habe einen Penis besessen, ihn zur Strafe für die Onanie verloren." Den Vorgang bei der Entwicklung dieser Phantasie kann man auch als „Ausnützung der nach innen gewendeten Aggressionen zum masochistischen Lustgewinn, um stärkerer Unlust durch Erschütterung des Narzißmus und unbefriedigbarer Wut und Zorn zu entfliehen" beschreiben. Mir scheint nun, daß dieser Vorgang für die Entwicklung des kleinen Mädchens überhaupt eine große

6) Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XXII, 1936.

Bedeutung hat. Ich nehme an, daß er in geringem Ausmaß wohl nie fehlt und im Falle der Normalentwicklung des kleinen Mädchens der Bewältigung des Penisneids dient und den für die normale Weiblichkeit notwendigen Beitrag an Masochismus liefert. Dort, wo eine übermäßig starke narzißtische Empfindlichkeit, vielleicht gepaart mit einer besonders starken „männlichen" (bisexuellen) Veranlagung vorliegt, dürfte diese Schutzvorrichtung gegen den Schmerz der Kränkung nicht ausreichen. Es wird sich hier entweder ein pathologisch verstärkter Masochismus entwickeln, der zu Störungen neurotischer Art, Sexualhemmungen, zu Perversionen und Charakterverbildungen führen kann, oder es können als Reaktionsbildungen verstärkter Sadismus, eine Störung in der weiblichen Entwicklung im Sinne des Männlichkeitskomplexes, kurzum alle die Fehlentwicklungen, die vom unbewältigten Penisneid ausgehen und schon öfters beschrieben worden sind, entstehen.

Wir wollen uns nun mit einer anderen Frage auseinandersetzen. Findet man bloß bei der Frau als frühen Anlaß für das Entstehen masochistischen Verhaltens den Fluchtversuch vor einer narzißtischen Kränkung?

Es ist ohne Zweifel so, daß die Entstehung des Masochismus beim Manne ein komplizierterer Vorgang ist als bei der Frau. Der Masochismus steht zur „Männlichkeit" in Widerspruch, er findet in der Normalentwicklung des Mannes keinen Platz, zur „Männlichkeit" gehört vielmehr der Sadismus. Trotzdem sind beim Manne masochistische Phantasien, Perversionen, Verhaltensweisen (im Sinne des moralischen Masochismus) durchaus keine Seltenheit. Wir pflegen sie als femininen Masochismus, als feminines Verhalten im Leben zu bezeichnen und bringen sie in Zusammenhang mit seinen femininen, passiv-homosexuellen Tendenzen. Die Entstehung solcher masochistischer Phantasien (oder Praktiken) aus dem einfachen und dem umgekehrten Ödipuskomplex (der passiv-homosexuellen Liebe zum Vater) ist uns gut bekannt, sie sind Ausdruck von Strafe für verpönte libidinöse und aggressive Regungen wie die späteren Schlagephantasien des kleinen Mädchens. Aber auch beim Mann kann man öfters ein Vorstadium dieser ödipalen Phantasien in einer früheren narzißtischen Form, ähnlich wie wir es beim kleinen Mädchen fanden, aufdecken. Ich sah das einmal sehr deutlich bei einem männlichen Patienten, bei dem die Tatsache des Beschnittenseins als schwere narzißtische Kränkung verarbeitet wurde und eine Flucht in eine feminine masochistische Kastrationsphantasie zur Folge hatte.

Wir sind nicht überrascht, in diesem Fall den Angriffspunkt für die narzißtische Kränkung in der Vorstellung des geschädigten Penis zu finden. In anderen Fällen führen andersartige Erlebnisse, z. B. Vergleich des Penis, seiner Erektionsfähigkeit mit dem des Vaters oder mißlungene Konkurrenz mit älteren Knaben in bezug auf Praktiken beim Urinieren, Masturbieren usw. zu einer schwerwiegenden narzißtischen Kränkung. Es ist genügend be-

kannt und bedarf keines weiteren Belegs, daß solche kränkenden Erlebnisse zum feminin-masochistischen Verhalten des Knaben führen können. Die Angst um die Intaktheit, bezw. um das richtige Funktionieren des Genitales, kurz gesagt, die Kastrationsangst beim Knaben ist derjenige Vorgang, der in seinen Auswirkungen denen des Penisneids beim kleinen Mädchen entspricht. Es ist möglich, daß solche Entwicklungen des Masochismus beim Manne seltener sind als beim Weibe. Bei einer dritten, bisher nur gestreiften Form des masochistischen Verhaltens, dem moralischen Masochismus, sind sie mit Leichtigkeit bei beiden Geschlechtern zu beobachten.

Der moralische Masochismus verurteilt die Person zu einem Benehmen im Leben, das ihr Schaden zufügen, sie um einen Erfolg bringen, Leiden und Schmerz aufsuchen lassen muß. In der analytischen Praxis wirkt sich der moralische Masochismus so aus, daß der Patient auf jede Lösung eines neurotischen Symptoms mit Verschlimmerung seines Leidens anstatt mit Besserung reagiert, kurzum, daß er die von Freud so genannte „negative therapeutische Reaktion" aufweisen muß. Wir nehmen an, daß ein solcher Patient unter der Herrschaft eines Strafbedürfnisses (eines „unbewußten Schuldgefühls") steht, und erkennen in diesem Vorgang einen Prozeß, der sich zwischen Ich und Über-Ich abspielt. Die Erfahrung lehrt, daß dieses Strafbedürfnis einer der stärksten Feinde der therapeutischen Bemühung werden und die Kur trotz glänzender Fortschritte im Verständnis der ubw Ursachen der Symptome um ihren Erfolg bringen kann. Ich habe nun die Erfahrung gemacht, daß man bei analytischer Vertiefung in dieses masochistische Verhalten Unterschiede in den Reaktionen verschiedener Patienten wahrnehmen kann. Es gibt Fälle, bei denen es, sei es auch nach langer und mühsamer Arbeit, gelingt, ein gutes Stück dieses Strafbedürfnisses abzubauen und die Gesundheit ganz oder teilweise wieder herzustellen. Andererseits stößt man auf Patienten, die allen, auch den angestrengtesten und ausdauerndsten Bemühungen trotzen und nicht imstande sind, ihr Leiden aufzugeben. Ich meine, die Erklärung für diesen Unterschied im Benehmen verschiedener moralischer Masochisten ist im folgenden zu suchen: Das Strafbedürfnis (Schuldgefühl) entspricht einer Spannung zwischen Ich und Über-Ich, wie oben bereits erwähnt; das Über-Ich (Gewissen) bestraft das Ich und übernimmt dabei die Rolle, die früher die verbietenden und gebietenden Eltern für das Kind gespielt haben. Es kann aber mitunter weit fordernder, strenger, grausamer sein, als es die Erziehungspersonen je gewesen sind. Wir wissen, das kommt daher, daß die Aggressionen, die das Kind der Außenwelt gegenüber nicht ausleben kann, nach innen gewendet werden; sie bilden, wie ich oben bereits ausführte, den sekundären Masochismus. Ein Teil dieser Aggression wird aber vom Über-Ich an sich gerissen, dieses benimmt sich von nun an grausam, quälend, sadistisch zum Ich. Das Ich muß sich demgegenüber masochistisch einstellen und sich diese Strafen und Quälereien ge-

fallen lassen. Beide Vorgänge, sadistisches Verhalten des Über-Ichs und masochistisches des Ichs, ergänzen einander, sie führen zum selben Endresultat: Strafbedürfnis, Selbstschädigung, in der Kur zur negativen therapeutischen Reaktion.[7] Trotzdem scheint es kaum gleichgültig zu sein, wie die Verteilung der nach innen gewendeten Aggression vorgenommen wurde. Ich meine, der Unterschied läßt sich gerade an der Intensität und der Zähigkeit dieses Widerstandes in der analytischen Behandlung studieren. Dort, wo sich die Hauptanteile der Aggression zum Über-Ich geschlagen haben, sind die Chancen für eine therapeutische Beeinflussung die günstigeren. Wenn es dem Analytiker gelingt, sich an die Stelle des Über-Ichs zu setzen, dessen Härte und Grausamkeit herabzumindern, sich jenes Anteils des Ichs, der gegen die grausame Unterdrückung rebellieren möchte (wie es sich früher gegen die Eltern aufgelehnt hat), zu bemächtigen, dann gelingt manchmal eine mehr oder weniger weitgehende Änderung der Persönlichkeit und eine Beeinflussung des Leidens. Dort, wo der Masochismus des Ichs vorherrschend ist, d. h. wo mehr von den nach innen gewendeten Aggressionen vom Ich verarbeitet und zum masochistischen Lustgewinn verwendet wurde, scheint jede therapeutische Bemühung von vornherein fast aussichtslos zu sein. Analytische Milderungen von Über-Ich-Forderungen, Abbau von Sexualverboten usw. können nicht bewerkstelligen, daß das Ich auf seinen masochistischen Lustgewinn verzichtet. Es wäre daher wichtig, unterscheiden zu können, unter welchen Umständen sich mehr Aggression zum Über-Ich schlägt, um dessen Sadismus zu erhöhen, wann mehr Aggression den Masochismus des Ichs verstärken hilft. Eine naheliegende Erklärung: der Sadismus des Über-Ichs wäre der Ausdruck der real erlebten Grausamkeit strenger Eltern, der Masochismus des Ichs würde den eigenen Aggressionen des Kindes gegen die Außenwelt entsprechen, mag in manchen Fällen den Sachverhalt tatsächlich decken. Für andere Fälle jedoch trifft sie nicht zu. Ich hatte Gelegenheit, den Fall eines jungen Mannes, der sich im Beruf dauernd um seinen Erfolg bringen mußte, eingehend zu studieren. Die Unerbittlichkeit, mit der das Über-Ich Verzicht auf jeden Erfolg verlangte, entsprach keineswegs einer besonders grausamen Erziehung, die Eltern waren im Gegenteil recht milde und verständnisvoll mit dem kleinen Knaben umgegangen. Das Über-Ich hatte sich zweifellos eine Menge von Eigenaggressionen des Knaben angeeignet und forderte vom Ich Unterwerfung unter seine Strafaktionen. Die Beziehung entsprach einer Strafphantasie aus der Kindheit, in der die Züchtigung deutlich als regressiver Ersatz für libidinöse Ödipuswünsche eintrat, ein Vorgang, der von Freud in „Das ökonomische Problem des Masochismus“[8] beschrieben wird. Das Ich zeigte neben Unterwerfung auch starke Auflehnung gegen das gestrenge Über-Ich und bemühte

7) Nunberg hat auf diese Zusammenhänge wiederholt aufmerksam gemacht.
8) Ges. Schr., Bd. V.

sich in der Kur als Verbündeter des Analytikers, dieses selbstschädigende Verhalten aufzugeben. Die Durcharbeitung der Ödipuswünsche (im doppelten Ödipuskomplex) hatte eine weitgehende Änderung in diesem Verhalten zur Folge und brachte dem Patienten ein beträchtliches Stück des ersehnten Erfolges im Leben.

Dagegen machte ich in zwei anderen, äußerlich ähnlich aussehenden Fällen (einem weiblichen und einem männlichen) die Erfahrung, daß Abbau der Schuldgefühle aus dem Ödipuskomplex zwar zum Akzeptieren einer milderen allgemeinen Moral, aber kaum zur Änderung des masochistischen Verhaltens des Ichs führte. Bei meiner weiblichen Patientin stieß ich in tiefer Analyse auf die oben erwähnte Strafphantasie: „der Penis ist mir zur Strafe für die Onanie abgeschnitten worden", die der Flucht vor der narzißtischen Kränkung wegen ihres körperlichen Defektes gedient hatte. Die masochistische Einstellung des Ichs zum Über-Ich hatte folgende geheime Bedeutung: unbestimmte Mächte (das Schicksal) strafen, schädigen mich, nicht ich bin minderwertig, unfähig. Es ist überflüssig zu erwähnen, daß die Patientin, ohne es bewußt zu wissen, ungemein ehrgeizig war und die narzißtische Kränkung über das Fehlschlagen einiger ihrer ehrgeizigen Lebenspläne auf diese Weise zu verdecken versuchte, ebenso wie sie als kleines Mädchen vor dem unbewältigbaren Penisneid in eine Strafphantasie geflüchtet war.

Bei meinem männlichen Patienten lag ein ähnlicher Vorgang vor. Er litt an einem starken Gefühl der Minderwertigkeit, das er als kleiner Knabe an der Konkurrenzeinstellung zu einem älteren Bruder erworben hatte. Der Bruder konnte Erektionen zustande bringen zu einer Zeit, wo unser Patient dazu noch nicht fähig war. Diese narzißtische Kränkung hatte er nie verwunden, jedes spätere Fehlschlagen seiner ehrgeizigen Wünsche bereitete ihm einen ähnlichen Schmerz, dem er nur zu entfliehen vermochte, indem er sich vom Schicksal züchtigen ließ. Aus dieser Strafe bezog er einen masochistischen Lustgewinn.

Ich meine nun zusammenfassend: in manchen Fällen von moralischem Masochismus findet man hinter dem Strafwunsch, der aus dem Ödipuskomplex, also aus den ehemaligen verpönten Objektbeziehungen stammt, eine Zuwendung zum Masochismus, die auf der Basis einer ohnmächtige Wut auslösenden narzißtischen Kränkung entstanden ist und die dazu dient, die daraus bezogene unerträgliche Unlust herabzumindern. Ein Verzicht auf dieses masochistische Verhalten hätte nicht nur die Konfrontierung mit dieser schmerzhaften narzißtischen Kränkung, sondern auch das Ertragenlernen dieses Schmerzes und der Machtlosigkeit ihm gegenüber zur Voraussetzung. Die analytische Erfahrung lehrt, wie außerordentlich schwer sich diese Forderung an den Patienten durchsetzen läßt. In den allermeisten Fällen behält der Patient lieber das qualvolle masochistische Verhalten bei, ehe er sich dem

vollen Schmerz der narzißtischen Kränkung und seiner eigenen Ohnmacht wieder aussetzt. Sein Luststreben muß sich auf der schmalen Basis des masochistischen Lustgewinns einengen lassen.

Es scheint also, daß sich eine Beziehung zwischen Masochismus und Narzißmus nicht nur für eine einzelne Phantasie des kleinen Mädchens herstellen läßt, sondern daß auch in anderen, bei beiden Geschlechtern auftretenden Formen des Masochismus Störungen des Narzißmus von ätiologischer Bedeutung sein können.

Unsere Einsicht in diese Zusammenhänge wurde aber gewonnen am Studium einer masochistischen Phantasie des kleinen Mädchens, die eine Verarbeitung ihres Penisneids darstellt. Überraschenderweise stößt man bei der Untersuchung der verschiedensten seelischen Entwicklungsprozesse immer wieder mit eindrucksvoller Deutlichkeit auf die immanente Bedeutung des Kastrationskomplexes. Der selbstkritische Einwand, ob es nicht eine verblendete Einseitigkeit sei, für alles gewichtigere Geschehen im weiblichen Seelenleben dem Penisneid eine zentrale Bedeutung zuzuschreiben, wird durch die sorgfältige analytische Beobachtung immer wieder entkräftet. Wenn man auch den anderen narzißtischen Kränkungen, denen das kleine Kind ausgesetzt ist, wie etwa der Eifersucht, dem nicht allein oder nicht genug Geliebtwerden und anderen, eine große Wichtigkeit zuschreiben muß, wenn man auch die komplizierte Objektbeziehung in den frühen präödipalen Entwicklungsphasen mit ihrer starken Ambivalenz für viele seelische Vorgänge verantwortlich machen muß, — es stellt sich immer wieder der Penisneid mit seinen Folgen als der entscheidende Punkt in der Entwicklung heraus. Vom Penisneid aus entwickelt sich der Weg zur normalen Weiblichkeit, von seiner gelungenen oder mißlungenen Verarbeitung hängt es ab, ob sich das kleine Mädchen zur gesunden Frau entwickelt oder ob es mit neurotischen Störungen, mit einem unbewältigten Männlichkeitskomplex oder, wie wir eben gesehen haben, mit einem gestörten, masochistischen Lebensverhalten behaftet wird.

Die immanente Schwierigkeit, die narzißtische Kränkung des Penismangels zu bewältigen, scheint sich nicht nur in den Analysen unserer Patienten zu zeigen; anscheinend hat sie auch einen Ausdruck in der analytischen Literatur gefunden. Zahlreich sind die Versuche, die Bedeutung des Penisneids im Seelenleben der Frau herabzusetzen, ihr einen sekundären Platz einzuräumen, ihr auszuweichen, indem andere, frühere oder spätere Erlebnisse in den Vordergrund gerückt werden. Für die Frauen mag es ein Trost sein, daß auch Männer sich an diesen Umdeutungsversuchen beteiligen. Die Widerstände, die die Männer gegen das Akzeptieren der Bedeutung des Penisneides zeigen, finden ihre Erklärung in der bereits oben erwähnten Tatsache, daß es im Seelenleben des Mannes einen Vorgang gibt, der der Bedeutung des Penisneids für die Frau gleichkommt. Es ist das seine Besorgnis um die

Intaktheit seines Genitales, die leicht verletzbare narzißtische Bewertung seiner Männlichkeit, mit anderen Worten, seine Kastrationsangst und ihre Folgen. Die Kastrationsangst des Mannes ermöglicht ihm anscheinend die Einfühlung in den Penisneid der Frau, es scheint bei beiden Geschlechtern der Kastrationskomplex zu sein, der zu einer Umdeutung der Auswirkungen des Penisneids verführt. Selbstverständlich kann diese Überlegung keine Entscheidung über die Richtigkeit oder Unrichtigkeit jener Theorien bringen. In seiner Arbeit „Über die weibliche Sexualität"[9] hat Freud in einer Fußnote bereits darauf hingewiesen, daß in solchen Fällen „die agonale Verwendung der Analyse offenbar nicht zur Entscheidung führt."

Die Frage, wieso die bedeutungsvollsten seelischen Prozesse, im Normalen wie im Pathologischen, sich immer wieder um die Beschäftigung mit den Geschlechtsorganen kristallisieren, scheint mir von Freud in den Anfängen bereits beantwortet worden zu sein. In den Funktionen des Genitalapparates wirken sich die entgegengesetzten Interessen von Individuum und Art aus. Die der Arterhaltung dienende Fortpflanzung verlangt vom Individuum Leistungen, die seinem individuellen Streben nach Lust und Spannungsverringerung zuwiderlaufen. Am schwersten fügt sich, wie Freud es ausdrückt, die an sich aktive Libido in den Dienst der weiblichen Funktion; das mag wohl die Ursache dafür sein, daß die Entwicklung der Frau zur Weiblichkeit die kompliziertere und schwierigere ist.

9) Ges. Schr., Bd. XII, S. 126.

Abwehrmechanismen und Ichstruktur[1]

Von
Therese Benedek
Chicago

Die Arbeiten, die sich in den letzten Jahren mit den Problemen der analytischen Technik beschäftigten, müssen zuerst ihre eigene Stellung klarlegen und den verschiedenen methodischen Neuerungen gegenüber positiv oder negativ Stellung nehmen. Ich möchte es aber hier nicht tun, in der Überzeugung, daß nicht prinzipiell Neues geboten wird, wenn ich hier auf die Rolle und auf die Behandlung des Über-Ichs während der Analyse konsequent hinweise.

Freud hat in seinen technischen Schriften oft und in verschiedener Weise ausgedrückt, daß der Analytiker als Anwalt des Ubw den verdrängenden Kräften gegenüber zu fungieren hat. Wir wissen, daß späterhin oft als einer der wirksamsten Faktoren der analytischen Therapie der Umstand betrachtet wurde, daß der Analytiker an die Stelle des Über-Ichs tritt und an Stelle des strengen Über-Ichs ein verstehendes und mildes Über-Ich darstellt. Problemlos gesichert schien uns diese Position des helfenden Arztes in der analytischen Therapie, besonders solange der Analytiker sich nur wenig mit den Ichreaktionen des Analysanden beschäftigt hatte und den auftauchenden Es-Inhalten gleichmäßig wohlwollend gegenüberstand. Es war immer eine wesentliche Aufgabe der Analyse, das Ich fähig zu machen, die aus dem Ubw auftauchenden Inhalte und Impulse zu ertragen und sie integrieren zu helfen.[2] Dies ist keine theoretische Forderung und nicht etwas, was wir als eine Synthese nach der Analyse zurückstellen können. Ganz im Gegenteil! Es ist die tägliche Arbeit der Analyse, das Ich Schritt für Schritt aus seinen Abhängigkeiten herauszulösen und damit aus der Übermacht des Verdrängenden zu befreien.

Einen Teil dieser verdrängenden Kräfte sehen wir als zum Ich gehörig an. Sie sind als Abwehrmechanismen im Ich integriert und ihre Funktion ist, die Es- und Umweltforderungen im Ich auszugleichen. Ein anderer Teil der verdrängenden Kräfte, die Freud als eine zusammenhängende Instanz: das Über-Ich beschrieben hat, ist zwar auch die Folge der integrierenden Funktion des Ichs, aber sie ist im Ich nicht so reibungslos eingebaut und tritt oft als der kontrollierende Gegenspieler des Ichs auf. Wir könnten vielleicht sagen, das Über-Ich unterscheide sich von den anderen im Ich inte-

1) Nach einem Vortrag, gehalten am 21. Oktober 1936 in der Chicago Psychoanalytic Society.

2) F. Alexander: Das Problem der psychoanalytischen Technik. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XXIII, 1937. — H. Nunberg: Die synthetische Funktion des Ichs. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XVI, 1930.

grierten Abwehrfaktoren dadurch, daß es quantitativ größere Besetzung (Gegenbesetzung) hat und dadurch quasi Staat im Staate ist. Durch diese stärkere Besetzung zwingt das Über-Ich das Ich zu übertriebenen, pathologischen Abwehraktionen. Wir wissen, welche diagnostische Bedeutung die Strukturbeziehung zwischen Über-Ich und Ich hat. Es wurde immer als eine Aufgabe der Analyse angesehen, das Ich von der Übermacht des Über-Ichs zu befreien und es dadurch fähig zu machen, seine Aufgabe — zwischen den Triebforderungen des Es und den Forderungen der Umwelt und des Über-Ichs zu vermitteln — zu erfüllen. Während der analytischen Behandlung ist die Leistungsfähigkeit des Ichs vor besondere Aufgaben gestellt. Alle bisher verdrängten, durch die Analyse aber neu belebten, zum Bewußtsein kommenden Triebe und Vorstellungen sollen durch das Ich auf die oben erwähnte Weise eine Verarbeitung finden. Sie sollen im Ich integriert werden.

Was verstehen wir unter diesem Vorgang? Er ist mehr als intellektuelle Einsicht, wenn diese auch eine sicher notwendige Vorarbeit darstellt. Die Integrierung bedeutet soviel, daß das Ich nun befreit vom Drucke des Verdrängten und befreit von der Abwehr des Verdrängenden die Erkenntnis „einverleibt", sich mit dem aus dem Ubw auftauchenden Material identifiziert und daß sich dadurch das Ich den anderen Instanzen gegenüber gleichsam vergrößert. Diesen Effekt der Ichvergrößerung erwarten wir von der richtigen Wirkung einer Deutung. Wir erleben dabei oft, daß das Ich durch diesen Vorgang in eine fast submanische Stimmung versetzt wird. Die Folge dieser Befreiung ist dann ein weiteres Zuströmen von Material, das das Erkannte bestätigt und neue Wege zum tieferen Material öffnet. Aber wie relativ selten kommt das vor! Wie oft erleben wir trotz aller Vorsicht der nicht zu voreiligen Deutung, daß der Analysand anders reagiert. Wie oft geschieht es, daß die Deutung scheinbar angenommen wird und trotzdem kein neuer Zustrom vom Material erfolgt, sondern eine Verstärkung des Widerstandes; entweder als Sperrung von Material oder in Form von Reaktionen, die wir mehr oder weniger als negativen therapeutischen Effekt ansehen. Um diesen zu vermeiden, wünschten wir in der Behandlung der Abwehrmechanismen möglichst sicher zu werden.

Von den vielfältigen Abwehrmechanismen möchte ich hier nur einige von denen behandeln, die sich durch die Strukturbeziehung zwischen Über-Ich und Ich ergeben. Diese Reaktion beherrscht nämlich die Analyse des erwachsenen Neurotikers, bezw. des neurotischen Charakters und ihre Beobachtung bietet uns: 1. eine diagnostische Hilfe, weil sie ermöglicht, die Struktur des Falles zu erkennen; 2. eine technische Hilfe, weil sie uns ermöglicht, die vom Über-Ich herrührenden Widerstandsreaktionen zu behandeln. Diese Reaktionen sind nämlich für das Individuum charakteristisch und wiederholen sich während der Analyse in charakteristischer Weise. Die

konsequente Durcharbeitung dieser Strukturreaktionen wird uns einen von den vielen notwendigen Anhaltspunkten bieten, die uns helfen können, die Analyse von ihren Zufälligkeiten zu befreien. Die präzisere Erfassung der Reaktionen der Gesamtpersönlichkeit in jeder Phase der Analyse ermöglicht uns, die Analyse der Widerstände zielbewußter zu handhaben.

Wir können in jeder Analyse beobachten, daß das Ich sich mit dem bewußten Teil des Über-Ichs — mit dem Ideal-Ich — auseinandersetzt und sich von ihm die Erlaubnis für die Analyse einholt. Dies erscheint uns so selbstverständlich, daß dieser der Analyse meist vorangegangene Teil des Kampfes mit dem Über-Ich in der Literatur nur wenig Beachtung findet. Das folgende Beispiel zeigt aber, daß wir auch daraus Wesentliches über die Strukturbeziehung zwischen Über-Ich und Ich erfahren können.

Fall 1. Ein Patient sucht die Analyse auf, weil seine ausgedehnte zwangsneurotische Symptomatik so weit überhandgenommen hatte, daß seine Tage mit zwangsneurotischen Abwehrsymptomen fast vollständig ausgefüllt waren. Er konnte weder diese sein Leben mit Ruin bedrohenden Symptome noch die Angst ertragen, die bei der Unterdrückung der Symptome entstand, und kam zur Behandlung. Als wir am Ende der ersten Konsultation die zweite und damit die Behandlung verabreden wollten, sagte er, die analytische Behandlung sei in dem System der Zwangsneurose nicht erlaubt, weil er doch seine von Gott gewollten Strafen zu tragen hätte. Als ich ihm darüber hinwegzuhelfen beabsichtigte, unterbrach er mich: in der Analyse sei es wohl erlaubt, Witze zu erzählen. „Ein Jude traf einmal einen anderen, der ihn fragte, wie es ihm ginge. Der erste antwortete: ‚Ausgezeichnet'. Worauf der andere verwundert fragte: ‚Wieso? Ich habe doch gehört, deine Geschäfte gingen so schlecht.' Darauf erwiderte der erste: ‚Das ist wahr! Aber ich habe mir einen Sorgenträger genommen, der sich mit meinen Gläubigern auseinandersetzt, meine Schulden bezahlt, die Sorge für meine kranke Frau trägt usw.' Da fragt der Freund: ‚Und was zahlst du ihm dafür?' ‚Zwanzigtausend Mark', antwortete er. ‚Von wo nimmst du dieses Geld?' ‚Das ist doch seine Sorge!' antwortete unser Jude ruhig." Also von nun an ist es die Sorge des Analytikers, die Verantwortung dem zwangsneurotischen Gott-Über-Ich gegenüber zu tragen.

Wir sehen, daß das Ich dieses Patienten dem Zusammenbruch so nahe ist, daß seine einzige Rettung ist, die Verantwortung wegzuschieben. Das zwangsneurotische Ich erlebt eine Regression. Das Abschieben der Verantwortung auf den Analytiker hilft ihm, die Angst latent zu erhalten. Wir verstehen, daß durch diese Projektion des Über-Ichs auf den Analytiker die zwangsneurotische Ichstruktur gleichsam aufhört und der Patient die Analyse in der passiv-oralen Phase mit einer sehr großen Abhängigkeit vom Analytiker beginnt. Wir haben es nach dieser Projektion mit einer fast infantilen Struktur zu tun, die in der Analyse nur Schutz vor Angst sucht und der Analyse nicht mehr das eigene Über-Ich kritisch entgegenzusetzen vermag. So haben wir für eine lange Strecke dieser Analyse nicht mit denjenigen Über-Ich-Reaktionen zu kämpfen, die ich in dieser Arbeit darstellen möchte,

wie wir sie in der Analyse verschiedener Typen von besser integrierten neurotischen Persönlichkeiten als Aufgabe zu bewältigen haben.

Fall 2. In diesem Falle handelt es sich um einen Patienten, der mit der Überzeugung von der Richtigkeit analytischer Erkenntnisse in die Behandlung kommt und von ihr eine Änderung seines introvertierten Charakters erhofft. Er war ein körperlich und geistig besonders gut entwickeltes, triebstarkes, knabenhaft aggressives Kind, der mittlere von drei Brüdern, der Lieblingssohn des Vaters. Er entwickelte das introvertierte, auf äußere Aggression und Wettbewerb verzichtende Wesen nach dem Tode seines Vaters, der starb, als der Junge zehn Jahre alt war, und nach einem Schock von Angst und Schuldgefühl, den er erlebte, als er einen Stein nach einem Spielkameraden warf und dieser ohnmächtig(?) hinfiel. Die Aggression galt an erster Stelle dem um drei Jahre älteren Bruder und sie war besonders gefährlich, weil der Patient bald größer und stärker wurde als der Bruder; so mußte die Aggression besonders stark bekämpft werden. Diese verdrängte Aggression beherrschte an erster Stelle den Charakter. In der Analyse produziert er Widerstände, die zu einer immer größer werdenden Spannung führen. Es nützt nichts, diese Widerstände nach ihrem momentanen Übertragungsinhalt als Trotzreaktion oder als Überlegenseinwollen zu deuten. Der wirkliche Sinn der Widerstände konnte erst aufgedeckt werden, als es mir auffiel, daß er eigentlich das auftauchende unbewußte Material in einem ganz anderen Sinne behandelte und akzeptierte, als er es bewußt gewollt und beabsichtigt hatte. Er wollte doch triebbejahend sein — und trotzdem, was auch immer an Material auftauchte, belegte er mit einem negativen Werturteil und spekulierte, wie er an sich arbeiten solle und müsse, um diese oder jene Instinkte zu bekämpfen, um sein ihm vorschwebendes Ideal zu erreichen. Dabei behandelte er alle Inhalte der Analyse, wie das ein Gegner der Psychoanalyse tun würde, der befürchtet, daß Moral und Menschlichkeit in Gefahr geraten, wenn Triebe bewußt zugelassen werden. Er hatte Angst vor seinen Trieben gehabt. Diese Angst kam aber nicht zum Bewußtsein und auch die Aggression kam nicht in irgendwelchen Triebimpulsen zur Abreaktion. Was zum Bewußtsein kam, war ein intellektueller, aber sehr strenger Versuch, seine „Fehler" z u s e h e n. Er arbeitete, wie er es selbst deutete, gegen seinen Narzißmus, damit die Bäume nicht in den Himmel wachsen. Was geschah in dieser Analyse? Der Patient hatte das auftauchende Material, oft bevor es ihm gedeutet wurde, im Vbw mit den Forderungen des Über-Ichs konfrontiert, mit einem negativen Werturteil belegt, den Vorstellungsinhalt als seinen Fehler akzeptiert und den Triebimpuls wieder verdrängt. Damit wurde die für den Patienten charakteristische Erledigungsart der Triebvorgänge wiederholt. Das Über-Ich wurde befriedigt und die Triebspannung steigerte sich.

Wir wissen, daß die wesentlichste Leistung der Integrationsfähigkeit des Ichs die Verarbeitung des Ödipuskomplexes bei dessen Untergang ist. Das Ergebnis dieses Vorganges ist die Entstehung des Über-Ichs. Die Triebbewältigung in dieser Situation ergibt das Modell für die spätere Bewältigung der Triebansprüche. Für diese bleibt das libidinöse Gleichgewicht zwischen Über-Ich und Ich ausschlaggebend. In glücklichen Fällen ist die Libidobesetzung zwischen Ich und Über-Ich so ausgeglichen, daß das Über-Ich im Ich einverleibt funktioniert. Aber es geschieht oft, daß infolge des Ver-

drängungs- und Identifizierungsvorganges, der den Ausgangspunkt zur Über-Ich-Bildung bietet, das Ich an Libido verarmt. Die durch den Triebverzicht desexualisierte Libido ist nun als sekundärer Narzißmus — unser Stolz und unsere Befriedigung bei allen moralischen und sonstigen Leistungen — die Rekompensation für den Triebverzicht. Aber dieser Narzißmus des Über-Ichs erzwingt, daß jeder Einfall und jeder auftauchende Triebimpuls unter die Kontrolle des Über-Ichs gerät und eine Erledigung erfährt, die nun durch die libidinöse Beziehung zwischen Ich und Über-Ich charakteristisch determiniert ist. Solange diese Strukturbeziehung zwischen Über-Ich und Ich nicht geändert wird, geschieht, was wir in unserem Falle so klar beobachten konnten. Das aus dem Ubw auftauchende Material wird mit dem Über-Ich konfrontiert, das mächtige, narzißtisch stärkere Über-Ich erzwingt die Verdrängung, der gegen die Umwelt gerichtete Trieb- oder Libidoanteil wird wieder verdrängt, während der Vorstellungsinhalt bewußt zugelassen ist. Wir wissen, daß bei diesem Vorgang die Strenge des Über-Ichs wächst. Dadurch wächst die Spannung zwischen Über-Ich und Ich, die sich zu einem negativen therapeutischen Effekt steigern kann. Hier müssen wir in den Gesamtlibidohaushalt der Persönlichkeit eingreifen, indem wir zuerst die Wiederholung der Über-Ich-Reaktion bewußt machen und damit die starke narzißtische Bedeutung des Über-Ichs in die Analyse einbeziehen. Die Aufdeckung und Durcharbeitung dieser Über-Ich-Reaktion macht dann den Weg frei für einen Zustrom von unbewußtem Material, das nun im Ich integriert werden kann, da das Über-Ich von seiner narzißtischen Strenge eingebüßt hat. Nach einer Weile erschöpft sich der Materialzustrom. Eine neue analytische Situation — neue Übertragungsphase — kann wieder einen ähnlichen narzißtischen Über-Ich-Widerstand hervorrufen, den wir nun schnell erkennen und dementsprechend besser für die Analyse auswerten können.

In diesem Falle waren die steigende Spannung und Intellektualisierung das alleinige Zeichen für die Introversion des analytischen Materials. Aber sehr oft können wir beobachten, daß die psychische Bearbeitung der Über-Ich-Reaktion als für das Individuum charakteristisches Symptom oder Haltung die Analyse begleitet und notwendigerweise zuerst zur Analyse g

3) Diese Spaltung wird als für das Assoziationsmaterial der Zwangsneurotiker typisch achtet.

4) Ich möchte an dieser Stelle auf eine relativ oberflächliche Widerstandsäußerung dieses introvertierten Typs aufmerksam machen. Wie ich oben schon erwähnt habe, hab diese Menschen Angst vor der stärker werdenden Über-Ich-Reaktion. Bei gut ausgebildetem Ich streben sie meistens danach, ihre Analyse selbst in der Hand zu halten, u sich vor plötzlichen narzißtischen Kränkungen zu schützen. In diesen Fällen begegnen wir einer großen Bereitschaft zum Durcharbeiten des schon bekannten Materials. U wir werden in diesen Fällen oft den von Reich gestellten Anspruch der „Schichtanalyse" befriedigen können. Aber ich glaube, diese Schichtung ist das Resultat Intellektualisierung der Analyse, die ich als einen Widerstand im obigen Sinne erklär möchte.

langen muß, wenn wir den Strukturkonflikt angreifen wollen.

Ich möchte an dieser Stelle einige Beispiele von Abwehrhaltungen anführen, die entstehen, wenn durch die Introversion des vorbewußten Materials eine neue Verstärkung des Über-Ichs zustande kommt. Daß diese Selbstbestrafung, Depression und Angst verursachen kann, versteht sich am Rande. Aber wir können verschiedene Schattierungen in der sekundären Bearbeitung der Über-Ich-Reaktion unterscheiden, schon bevor diese schwerwiegenden negativen therapeutischen Effekte auftreten.

Fall 3. Dieser Fall ist einer von den Fällen, die auf die Analyse mit Introversion reagieren, und gehört dem oft beschriebenen Typ der Zwangsneurotiker an, die in der Analyse scheinbar schnell in die Tiefe kommen, weil sie alle unbewußten Inhalte deuten und akzeptieren und auf das unbewußte Material nicht einmal mit einer fühlbaren Steigerung der Über-Ich-Spannung reagieren. Diese Patienten retten sich in die Passivität, nicht nur vor dem Analytiker, sondern auch vor dem aus dem Ubw auftauchenden Material, dessen Affektgehalt verdrängt wird und dessen Vorstellungsinhalt sie passiv über sich ergehen lassen. Die einzige Leistung, die sie dagegen aufbringen, besteht in der Intensivierung der Isolierung als Ausdruck der innerpsychischen Abwehr.

Reich beschrieb diese Fälle und zeigte auch zugleich, daß sie sofort anders, d. h. emotional reagieren, wenn man das Ich angreift. Es genügt, den Widerstand nur anzudeuten, um eine heftige Über-Ich-Reaktion in Form einer Depression hervorzurufen.

Dies erfolgte auch in unserem Falle, schon bei der vorsichtigen Andeutung seiner Unfähigkeit, Gefühle direkt zu äußern. Der Patient empfand dies schon als Kritik, er war davon überrascht und erschrocken, introvertierte die Kritik und reagierte mit Depression. Wenn ihm dann diese depressive Reaktionsweise bewußt wurde, nahm er sich wiederum dies übel, da diese unbewußte Reaktion seines Über-Ichs seinem bewußten Wunsche, in der Analyse mitzuarbeiten, nicht entsprach. Aber die Angst vor weiterer Vertiefung der Depression war so groß, daß er darauf mit Widerstand reagierte; seine Einfälle wurden zerstreut, oberflächlich; er verlor sich in Details. Er deutete diese Assoziationsweise, als er darauf aufmerksam gemacht wurde, selbst als Angst vor Schmerzen. Er fühlte nach dieser Erkenntnis immer intensiver, daß seine Angst vor Schmerzen ihn hinderte, im Leben, sowie in der Analyse, zum wirklichen Erleben seiner Emotionen zu kommen. Die Angst vor Schmerzen kam in einer bis zur Schmerzhaftigkeit gesteigerten Hypersensibilität zum Ausdruck. Die Interpretation seiner Widerstände kränkte seinen Narzißmus, er fühlte sich angegriffen, aber er konnte nicht mit offener Aggression antworten; er verdrängte die Aggression immer wieder. Dieser Prozeß steigerte die innerpsychische Spannung und löste dadurch die Hypersensibilität aus. Diese blieb nicht nur als eine allgemeine Reaktionslage der Ausdruck des freiwerdenden Masochismus. Die Hypersensibilität ergriff die Organe. Der Patient bekam schmerzhafte und hypochondrische Organsensationen. Die bewußt werdenden Organgefühle leiteten die Analyse seines tiefverdrängten Masochismus ein. Bei der Durcharbeitung dieses die Or-

gane besetzenden Masochismus kam es zu den ersten direkt geäußerten Aggressionen in der Analyse, zu der ersten heftigen Äußerung von negativer Übertragung.

Noch schwieriger ist die Behandlung der Über-Ich-Reaktionen im Falle 4, wo der durch die Überspannung aktivierte Masochismus mit dem verdrängten Triebinhalt wieder integriert ist und wir ihn als eine feste Symptomeinheit im Ich vorfinden. Das für diesen Fall charakteristische Abwehrsymptom war ein übertrieben starkes Schamgefühl.

Die Patientin, ein 26jähriges Mädchen, sucht die Analyse auf, weil sie seit Jahren an einer unstillbaren, quälenden, fast ständigen sexuellen Erregung leidet. Sie versucht diese mit Onanie zu stillen. Zu Männern hat sie keine Beziehung. Die Patientin kommt in das Zimmer mit schamhaft niedergeschlagenen Augen, setzt sich auf die Kante der Couch und erhebt die Augen nicht während der ersten drei orientierenden Konsultationen, die notwendig waren, um festzustellen, daß diese Haltung, die im ersten Augenblick wie Katatonie wirkte, nur eine neurotisch übertriebene Schamreaktion und kein Anzeichen einer Psychose war. Die Patientin überwand mit großer Anstrengung das Schamgefühl so weit, daß sie ihre Lebensgeschichte erzählen konnte, von der uns hier nur das Folgende interessiert. Sie war die zweite von vier Geschwistern. Soweit sie sich erinnern konnte, war sie scheu und zurückgezogen. Trotzdem war sie in der Schule beliebt, hatte Freundinnen gehabt und war ausreichend begabt. Das Symptom entwickelte sich plötzlich vor sieben Jahren. Bis dahin wußte sie nichts von einem drängenden genitalen Bedürfnis. Ein junger Mann verliebte sich damals in sie und fing ein Liebesspiel an, wobei er ihre Genitalien berührte. Sie empfand dabei nichts als die starke Abwehr gegen jede Empfindung; einen Tag später, als sie allein war und für ihr bevorstehendes Examen studierte, empfand sie ein quälendes Bedürfnis, legte sich auf den Boden und onanierte. Es war schwer, darüber Klarheit zu gewinnen, wie diese Onanie — auch späterhin — vor sich ging. Es stellte sich heraus, daß sie über die Anatomie der weiblichen Genitalien bewußt unorientiert war und vor ihrem eigenen Körper eine solche Scheu empfand, daß sie sich nicht zu berühren wagte. Es war eine Phantasie-Onanie. Durch Zusammendrücken der Genitalien löste sie einen kurzen Orgasmus aus. Der wesentliche Inhalt der Onaniephantasie war, daß sie von Männern mit Gewalt zum Exhibieren gezwungen wurde.

Wir wissen wohl, daß eine solche Onaniephantasie nichts Primäres ist, sondern das Produkt einer komplizierten Libidoentwicklung, die wir in diesem Zusammenhang nicht aufzurollen brauchen. Nur darauf will ich hinweisen, daß die starke Exhibitionstendenz der wesentliche Triebimpuls war, gegen den die Scham als Abwehrreaktion zuerst entstand.

Diese masochistische Phantasie war das erste, das auf die analytische Situation übertragen wurde. Sie fühlte sich gezwungen, sich hinzulegen, von sich zu sprechen, sich zu zeigen, sich geistig zu entblößen. Damit wurde die analytische Situation im Sinne der masochistischen Phantasien sexualisiert. Diese Übertragung verstärkte die Triebabwehr, in diesem Falle das Schamgefühl. Dieses Schamgefühl wirkte als Widerstand, nicht nur in dem Sinne, daß es der Patientin jede Äußerung ersparte. Es wirkte als eine aktive Über-Ich-Funktion, die erzwang, daß die bisher relativ befriedigenden masochistischen Onaniephantasien verdrängt wurden. Nicht etwa, als ob die Patientin darüber nicht mehr

hätte sprechen wollen. Sie konnte darüber leichter sprechen als zuvor, aber sie konnte nicht weiter mit der Phantasie onanieren. In ihrer großen Not erschien die Phantasie nicht und wenn sie, in Erinnerung daran, daß diese Phantasien ihr zum Orgasmus verhalfen, die Phantasie hervorbringen wollte, war die Phantasie leer, ohne jede Emotion und Wirkung. Aber das Bedürfnis nach Onanie war nicht kleiner, sondern größer geworden, weil die Onanieversuche unbefriedigender wurden.

Wir sehen, daß diese Übertragung des Masochismus auf die analytische Situation einen Circulus vitiosus auslöst: 1. Infolge der Verdrängung wird die Onanie unbefriedigender; 2. dadurch steigert sich die Tendenz zur Onanie; 3. dies löst die Steigerung des Abwehrmechanismus aus und das Schamgefühl wird immer intensiver. Dieser Affekt: „Ich schäme mich" ist der Ausdruck der Spannung zwischen Über-Ich und Ich, aber er gewährt dem Ich die masochistische Befriedigung, die durch Verdrängung der Onaniephantasien verloren gegangen ist. So könnten wir sagen, das Schamgefühl habe die Struktur eines Symptoms: einerseits erfüllt es die Über-Ich-Forderung, andererseits befriedigt es den masochistischen Triebanspruch.[5]

Es ist selbstverständlich, daß die Analyse an erster Stelle dieses Schamgefühl in Angriff nehmen muß, um den Konflikt zu lösen, der darin konzentriert ist. Aber das ist leichter gesagt als getan. Das Schamgefühl hat in diesem Falle zwei starke Quellen. Die eine ist der Narzißmus des Über-Ichs. Das Symptom bedeutet: „Sieh, wie gut und wie anständig ich bin und wie ich unter meinen moralischen Ansprüchen leide. Ich bin moralischer als irgend jemand." Wenn der Analytiker diesen Narzißmus des Über-Ichs bewußt zu machen versucht, reagiert die Patientin mit verdrängter Trotzreaktion und mit verdrängter Aggression. Der Masochismus ist so stark, daß die Patientin die Aggression wieder verdrängt, und dadurch den Masochismus wieder vergrößert. Von Zeit zu Zeit schien sie zu denen zu gehören, die der Therapie infolge ihres Masochismus unzugänglich sind. Das Schamgefühl als die ausschlaggebende Äußerung des innerpsychischen Konfliktes füllt die Persönlichkeit aus. Das Ich verarmt an Libido zugunsten des Schamgefühles, das immer größere Teile der Persönlichkeit unter seine Fuchtel zwingt. Die Patientin versteckte ihren Kopf, ihre Stimme wurde kraftlos, sie erstickte vor Scham. Das Ich wurde immer kraftloser, passiver, bis sie auf den Höhepunkten der Affektspannung nicht Schamgefühl, sondern Angst empfand. Sie hatte Angst vor ihrer Scham, was dasselbe ist, als wenn wir sagten, sie hatte Angst vor ihrem Über-Ich; aber sie erlebte bewußt, daß sie Angst vor ihrem Schamgefühl hatte, das so stark war, daß sie sich dadurch vernichtet fühlte.

Aber hinter diesem Masochismus entwickelten sich mehr und mehr Forderungen an den Analytiker. Diese Wünsche konnten nicht befriedigt werden. Die Zurückweisung der Wünsche aktivierte die negative Übertragung. Sie wehrte sich zuerst dagegen, aber die Intensität ihrer Aggression wuchs so, daß sie die Aggression hinter ihrem Masochismus anerkennen mußte. So wurde der masochistische Circulus vitiosus gebrochen. Sie wurde von Triebimpulsen aller Art überwältigt. Die Analyse hatte eine traumatische Phase, in welcher es gelungen ist, den sexuellen und narzißtischen Inhalt des Masochismus zu analysieren.

5) Anna Freud behandelt in „Das Ich und die Abwehrmechanismen" dieses Problem der Übertragung des Abwehrmechanismus ausführlich.

In diesem Falle ist besonders eindrucksvoll, daß die Übertragung die Über-Ich-Spannung aktiviert, dynamisch wirksamer macht. Die Übertragung ist eine aktuelle emotionale und Triebspannung, die mit dem Über-Ich konfrontiert denselben Abwehrmechanismus in Bewegung setzt, mit welchem die ursprünglichen Triebansprüche bewältigt worden sind. So ist die Analyse der Abwehrmechanismen selbstverständlich nichts anderes als die Analyse des dynamischen Kräftespieles zwischen Übertragung und Widerstand, wie es Freud ursprünglich formuliert hat.

Wir haben uns bisher nur mit solchen Beispielen beschäftigt, in welchen die Funktion des Über-Ichs während der Analyse im Vordergrund stand, und zwar so, daß sie sich verstärkte. In allen diesen Fällen war die für die individuelle Ichstruktur charakteristische Triebbewältigung eine autoplastische Reaktion. Der Triebimpuls besetzt nicht das Objekt, sondern er wird wieder introvertiert, wodurch eine neue Integrierung in der Persönlichkeit entsteht. Diese verstärkt das Über-Ich und löst den negativen therapeutischen Effekt aus, wenn es uns nicht gelingt, mit den uns zur Verfügung stehenden Methoden diesen Reaktionen entgegenzuarbeiten.

Aber es gibt auch andere Arten der Erledigung für die in der Analyse entstandenen Über-Ich-Reaktionen.

Wir alle kennen die „narzißtisch-sensitiven" Patienten, deren Gesamthaltung in der Analyse sich am besten mit den Worten ausdrücken läßt: „Ich bin gedemütigt." Es nützt dagegen die vorsichtigste, objektivste, vorurteilfreieste Haltung des Analytikers nichts. Nach dem vorher Gesagten ist es leicht zu verstehen, daß diese Patienten auch jede Phase der analytischen Situation mit dem Ichideal konfrontieren, das „Selbst" mit der Über-Ich-Forderung identifizieren und den dieser Forderung nicht entsprechenden Inhalt der Analyse als eine Verkleinerung des „Selbst" empfinden. In manchen Fällen wird diese Verkleinerung des Ichs als berechtigt akzeptiert und damit die Über-Ich-Forderung gleichsam anerkannt. In anderen Fällen oder in anderen Phasen der Analyse wird sie mehr als unberechtigt bekämpft und abgewehrt. In allen diesen Fällen ist aber die Reaktion des „Sich-messens" mit der Über-Ich-Forderung ganz deutlich. Ich stelle diese Fälle trotzdem getrennt von den vorher geschilderten Fällen dar, weil sich dieses „Sich-gedemütigt-Fühlen" nicht nur phänomenologisch anders äußert als die Reaktionen der bisher geschilderten Fälle, sondern weil es einer anderen Ichstruktur und dementsprechend einem anderen Mechanismus der Abwehr entspricht.

Ein Teil dieser Patienten, deren Ich stark mit infantilem Narzißmus und Masochismus besetzt ist, sexualisieren die Demütigung und akzeptieren sie für eine lange Zeit, ohne sie abzuwehren (unser Fall 1). Diese Patienten ordnen sich scheinbar der Analyse unter. Aber ihre Abhängigkeit wächst und ihre infantilen Übertragungsforderungen steigern sich. Eine Zeitlang

werden diese noch durch ein zielbewußtes Verständnis für die analytische Situation ausgeglichen. Aber durch die unbewußt wachsenden, infantil-libidinösen Forderungen steigert sich die Triebspannung zu solcher Intensität, daß sie nicht weiter verdrängt werden kann. Die Versagung der Übertragungswünsche wird dann als eine Demütigung erlebt. Diese erzwingt einen negativen therapeutischen Effekt, um auf diese Weise eine Befriedigung der Übertragungswünsche zu erreichen. Diese Fälle gehören meistens zu den narzißtisch-infantilen, oral-abhängigen Charakteren. Der Sinn des negativen therapeutischen Effektes läßt sich in diesen Fällen oft mit dem Witzwort ausdrücken: „Es geschieht meinem Vater schon recht, wenn meine Hände erfrieren, warum kauft er mir keine Handschuhe."

Viel besser können wir die Abwehrmechanismen, die gegen dieses „Sich-gedemütigt-Fühlen" entstehen, in den Fällen beobachten, deren Ich stark genug ist, um sich gegen das Über-Ich zu wehren.

Ich möchte dies gern an einem Fall (Fall 5) demonstrieren. Dies ist eine Patientin, die in der Analyse die Gewohnheit hatte, jeden Einfall, jede Situation sofort zu deuten, und zwar im negativen Sinne, als etwas Schlechtes, eben als die Kehrseite ihrer Persönlichkeit. Diese prompten Deutungen entsprechen, wenn sie auch Selbstvorwürfe darstellen, nicht der Introversion des auftauchenden unbewußten Materials, wie das in den vorher behandelten Fällen der Fall war. Ganz im Gegenteil: die Über-Ich-Spannung wurde in diesem Falle nicht größer. Diese Deutungen verbalisieren die Forderungen des Über-Ichs, als ob die Patientin mit jeder Deutung sagen wollte: „Ich demütige mich, ich tue es selbst, du brauchst es ja nicht zu tun." Diese Patientin kam, wie viele ähnliche Fälle, mit ihren Deutungen dem Analytiker zuvor, wodurch sie sich selbst und dem Analytiker zeigen wollte: „Ich kann diese Demütigung ertragen, wenn ich sie mir selbst antue; aber ich könnte sie nicht ertragen, wenn du sie mir antun würdest."

Diese Haltung ergibt zuerst eine gute Zusammenarbeit und ist für die Analyse produktiv. Aber nach einer Weile merken wir, daß die Analyse abflacht. Nicht als ob die Patientin kein Material brächte. Sie ist ängstlich bemüht, die Analyse selbst in der Hand zu halten, weil sie Angst hat, gedemütigt zu werden. Die Patientin produziert — meistens in hypnagogen Zuständen — Bilder, mit der Absicht, für die Analyse Material zu produzieren. Aus dem Zusammenhang greife ich nur ein paar Beispiele heraus: Bild 1. Ein Mann führt einen Wagen, er hat einen Soldatenhelm auf dem Kopf. Bild 2. Ein kleines Kind, ungefähr zwei Jahre alt, in einen Matrosenanzug gekleidet, sitzt neben seiner Mutter. Das Kind füttert sich selbständig, die Mutter umarmt das Kind. Bilder vom folgenden Tage: 1. Ein Flugzeug fliegt durch ein Gerüst. 2. Eine Ausgrabung in einem Bergwerk, sie ist mit Schmutz gefüllt.

Das Traummaterial ist in dieser Zeit sehr ähnlich. Und wenn wir auch von diesen Bildern und von Träumen auf die unbewußten Inhalte schließen können, haben wir doch den Eindruck, die Patientin produziere dieses Material wie auf eine Leinwand projiziert und sie selbst schaue zu. Die Flucht vor der Tiefe verursacht diese Produktion an der Oberfläche. Der Unterschied zwischen diesem Fall und den vorher geschilderten Fällen zeigt sich

eben darin am wesentlichsten, daß in den mit Introversion reagierenden Fällen die innere Spannung während der Analyse wächst und dies das Material zum Stocken bringt; in diesem Fall und in ähnlichen Fällen erleben wir ein Verflachen der inneren Spannung; der Widerstand äußert sich in einem spannungslosen, scheinbaren Zustrom von Material. Die Patientin trägt das Material immer weiter von dem ursprünglich wirksamen dynamischen Konflikt weg. Die Deutung des so geäußerten Materials hätte keinen Erfolg, weil es von dem wirklich wesentlichen innerpsychischen Konflikt zu weit entfernt ist und deswegen seine Deutung keine dynamische Wirkung hervorrufen könnte.

Dann ist es aber an der Zeit, den Widerstand bewußt zu machen und die Angst vor dem Gedemütigtwerden in ihrer ganzen Bedeutung zu analysieren. Wir erreichen dadurch zuerst allerdings nur die Intensivierung des Widerstandes, der eine lebendige, spürbare Konfliktspannung erzeugt. Wir scheuen dies aber nicht, da diese Spannung die Patientin an der Produktion von oberflächlichem, inhaltsleerem Material hindert und sie zu einer Verinnerlichung der Über-Ich-Spannung führt. Es ist hier nicht möglich, diesen Vorgang konkret und im einzelnen zu schildern. Ich will nur kurz sagen, daß die Analyse dieses Abwehrmechanismus zuerst die Angst vor dem Analytiker bewußt machte und der Patientin zeigte, wie sie sich vor dieser Angst narzißtisch schützt. Die Durcharbeitung dieses narzißtischen Schutzmechanismus zog die Erinnerung des genetischen Materials nach sich, das diese Form der Ich-Reaktion verursacht hatte. In unserem hier angeführten Beispiel führte die Analyse des Abwehrmechanismus zu dem Material der Mutterfixierung in der analen Phase. Die Angst vor der Mutter und das Mißtrauen gegen sie war an die Sauberkeitsgewöhnung fixiert. In der Zeit entwickelte das Kind diese narzißtische Schale, die sie vor Demütigung und vor peinlichen Erfahrungen schützen sollte. Diese Fixierungsstelle hatte es ergeben, daß das für den Libidohaushalt typische dynamische Verhalten der Persönlichkeit sich im Schwanken zwischen Geben- und Behaltenwollen äußerte.

Was ist der Unterschied zwischen der Ichstruktur, die diese Form des Widerstandes erzeugt, und denen, die wir in den vorangegangenen Fällen dargestellt haben? Es ist gewiß berechtigt zu fragen, ob diese Patientin, die sich vor Demütigung fürchtet, sich wesentlich von der Patientin unterscheidet, die ihre Flucht ins Schamgefühl genommen hat? Man wird vielleicht den Eindruck bekommen, daß hier künstlich Trennungen gemacht werden, um Typen zu isolieren, während wir in der Wirklichkeit doch diese und viele andere Abwehrmechanismen in jedem Falle nebeneinander oder nacheinander beobachten können. Dies ist unbedingt wahr. In keinem von diesen Fällen sind wir berechtigt anzunehmen, daß wir nur einer Abwehrreaktion begegnen. Trotzdem erscheint es mir berechtigt, diese wesentlichen Unterschiede in den Abwehrmechanismen einmal betont herauszuarbeiten.

In unserem Fall 2 war das Ich infolge der Strenge des Über-Ichs verarmt. Dadurch erfolgte die immer wiederholte Introversion in der Analyse. Im Falle 3 ist die aggressive Wirkung des Über-Ichs noch ausgesprochener; sie aktiviert spürbaren Masochismus. Im Fall 4 ist dieser durch das Über-Ich aktivierte Masochismus in einem Symptom, dem Schamgefühl, integriert. Das Schamgefühl demütigt zwar das Ich, aber diese Demütigung spielt sich innerhalb der Struktur der Persönlichkeit ab. Diese Patientin fühlt sich nicht vom Analytiker beschämt, sondern sie schämt sich vor sich, d. h. vor dem Über-Ich; der Konflikt bleibt innerpsychisch. Im Gegensatz zu diesen Fällen können diejenigen, die mit einem Gefühl der Demütigung reagieren, mindestens einen Teil des innerpsychischen Konfliktes nach außen verlegen. Der Analytiker spielt die Rolle des Über-Ichs und die Angst vor dem Über-Ich wird als Angst vor dem Analytiker erlebt. Das analytische Material unserer Fälle berechtigt zur Annahme, daß in diesem Typ das Gleichgewicht zwischen dem Narzißmus des Über-Ichs und des Ichs so ist, daß das Über-Ich die Introversion nicht erzwingen kann, weil die narzißtische Besetzung des Ichs stark genug ist, um sich gegen das Über-Ich zu verteidigen. Das narzißtische Ich verteidigt sich durch Projektion.

Die durch die Projektion der Über-Ich-Konflikte entstehenden Abwehrmechanismen sind besonders schwierig zu behandeln bei gewissen Charakteren, deren Reaktion auf die Analyse auf diese kürzeste Form zu bringen ist: Die Patienten fühlen sich immer gekränkt und beleidigt. Dieses Gekränktsein unterscheidet sich vom Gedemütigtsein. Der Unterschied läßt sich am kürzesten so erklären: In der Reaktion des Gedemütigtseins wird die Über-Ich-Forderung vom Ich anerkannt, während in der Reaktion des Beleidigtseins die Über-Ich-Forderung vom Ich abgelehnt und verleugnet wird. Das Ich fühlt sich immer im Recht oder es gibt vor, sich im Rechte zu fühlen, und schützt sich gegen eine andere Einsicht durch das Gekränkt- und Beleidigtsein.

Ich wähle zur Illustration dieser Abwehrreaktion eine hysterisch-depressive Patientin (Fall 6). In ihrer Analyse konnten wir von Anfang an eine gereizte narzißtische Spannung beobachten. Mit einer ängstlich witternden, gespannten Aufmerksamkeit begleitete sie die Analyse, immer erwartend, daß etwas geschehen wird, was sie als ein Unrecht auffassen und bekämpfen könnte. Diese horchende Aufmerksamkeit war ebenso nach innen wie nach außen gerichtet. War der Reiz von innen, vom Ubw gekommen, so wurde er verdrängt und verleugnet. Wenn er aber von außen kam, von Seiten des Analytikers, dann ergriff sie ihn mit einer unsagbaren Schnelligkeit und wehrte die ihr zugefügte Unbill ironisch oder mit offener Aggression ab. Immer war sie diejenige, der Unrecht zugefügt wurde. Und immer war sie mehr als andere Menschen. Wenn die Spannung zwischen Übertragungswunsch und Narzißmus zu intensiv war, dann konnte die Aggression nicht solange zurückgedrängt werden, bis ein Anlaß zur Aggression von außen kam, dann erfolgte die Aggression mit dem Mechanismus: Angriff ist die beste Verteidigung. Damit konnte man auch ihre Aggression er-

klären, nicht nur in der Analyse, sondern auch im realen Leben. Sie projizierte immer auf die Umgebung, was sie von ihr erwartete, und sie provozierte so lange, bis das erfolgte, was sie befürchtet hatte. In ewiger Unzufriedenheit war sie hin- und hergeworfen zwischen den Extremen ihrer Persönlichkeit. Einerseits war sie narzißtisch überzeugt von sich: „Alle Menschen müssen mich lieben." Andererseits befürchtete sie: „Niemand liebt mich, ich werde von allen Menschen verlassen." Diese Angst beherrschte ihr Leben und ebenso auch ihre neurotische Symptomatik, in welcher Eifersucht eines der hervorstechendsten Symptome war.

In einem solchen Falle, in welchem die Abwehr der Angst in fortwährenden Projektionen vor sich geht, ist es unsere mühsame Aufgabe, diese Projektionen zuerst dem Patienten als Projektionen klarzumachen, bis es uns gelingt, diese beleidigte, gekränkte, die ganze Welt der Ungerechtigkeit anklagende Haltung zu ihrer Entstehung zurückzuverfolgen, in die erste Kindheit, zu der mißlungenen Bewältigung der ersten Enttäuschung an der Mutter.

Der Wendepunkt in dieser Analyse kam in der zweiten Hälfte der Behandlung. Anscheinend mußte die Patientin zuerst viel Aggression abreagieren und in ihrem Vertrauen zu mir trotzdem gestärkt werden. Erst dann konnte sie den Sinn des folgenden Umstandes akzeptieren. Trotz aller Schilderungen ihrer Familie und ihres Milieus war es mir nicht möglich, von der Persönlichkeit ihrer Mutter ein klares Bild zu bekommen. Sie verwischte alles, und was sie an einem Tage behauptet hatte, nahm sie am folgenden wieder zurück. Ganz genau so, wie sie von sich selbst sehr verschiedene, einander widersprechende Auskünfte gegeben hatte. So groß war ihre Angst, den Haß gegen die Mutter zu äußern, und so stark war die Identifizierung mit der Mutter. Nachdem sie den Haß und die Identifizierung mit der Mutter, die sich in dieser Haltung äußerte, akzeptieren konnte, war es erst möglich, ihre Mutterbindung zu analysieren.

Das Material der ersten, auf der oralen Phase fixierten Enttäuschung an der Mutter, die sich bei der Geburt der nächsten Geschwister wiederholt und sich in der phallischen Phase des Mädchens noch mehr intensiviert, ist viel zu gut und ausführlich bekannt, als daß es einen Sinn hätte, in diesem Zusammenhange das individuelle Material dieser Patientin anzuführen, das uns diesbezüglich nichts Neues bieten kann.

In diesem Zusammenhang ist es genug, zu betonen, daß es dieser Patientin nie gelungen ist, ihre aggressiven Tendenzen gegen ihre Mutter, ihre Schwester und auch gegen den Vater zu verdrängen; nie ist es ihr gelungen, die Ambivalenz gegen die das Über-Ich konstituierenden Objekte zu überwinden. Infolge dieser aggressiven Tendenzen erwartete sie ständig die Strafe: daß sie gehaßt wird, wie sie haßt, und daß sie verlassen wird, wie sie allein sein wollte, um alle Liebe zu bekommen. Aber ihre infantile Abhängigkeit von der Mutter, ihre infantile Schutzbedürftigkeit waren so groß, daß die Vorstellung des Verlassenswerdens Todesangst aktivierte. Sie erlebte diese Angst vor Verlust der beschützenden Mutter als Erwachsene in ihren Eifersuchtsattacken als eine die Kehle zuschnürende, atemraubende Angst. Die Angst vor dem Verlust der Mutter bedroht das Ich auf das tiefste und so war sie die

strengste Über-Ich-Strafe. Die so strukturierte Persönlichkeit kann die Angst innerpsychisch nicht bewältigen, aber sie hat die Möglichkeit, die Strafe, die sie vom Über-Ich befürchtet, auf die Objektwelt zu projizieren.

Ich habe schon betont, daß die nicht überwundene Ambivalenz gegen die das Über-Ich konstituierenden Objekte die wesentliche Ursache für diese Strukturbildung ist. Dieser freien Ambivalenz zufolge wurde das Über-Ich nie eine unbewußt funktionierende Instanz in der Persönlichkeit. Die Kommunikation zwischen der Objektwelt und den Rudimenten des Über-Ichs ist labiler als gewöhnlich. Die Besetzungen der Instanzen, sowohl die libidinösen, als auch die aggressiven, erscheinen mobiler. Wir bekommen den Eindruck von einem zwischen den Instanzen des psychischen Apparates frei flottierenden Aggressionstrieb, der einmal das Über-Ich besetzt und die Angst des Ichs verursacht, ein anderes Mal im Ich konzentriert ist und die Außenwelt zu zerstören versucht. Infolge dieser Labilität der Ichstruktur ist es möglich, daß die Steigerung der Konfliktspannung die Integrierung der Persönlichkeit rückgängig macht. Nun erwartet sie die Aggression von außen. Dies schützt sie vor dem Schuldgefühl und vor der Angst, die sie als Reaktion auf die eigenen Aggressionstendenzen empfunden hat. Nun ist es erlaubt, die eigenen Aggressionswünsche als Selbstverteidigung zu befriedigen.

Es ist unmöglich, die verschiedenen Schattierungen dieser projizierenden Abwehrmechanismen darzustellen. Sie sind zu vielseitig, angefangen bei dem starken Narzißmus derjenigen Patienten, die auch in der Analyse unberührbar sein wollen, durch alle möglichen Schattierungen bis zur Projektion in der echten Paranoia. Es ist sehr leicht einzusehen, wie viele Möglichkeiten der negativen Übertragung und wieviele Ursachen des negativen therapeutischen Effektes sich bei dieser Struktur ergeben können. Ein großer Teil der von Horney[6] geschilderten Fälle gehört zu diesen projizierenden Abwehrtypen.

Wie mühsam und schwierig auch die analytische Behandlung von Fällen dieser Art sein mag, haben wir doch immer den Eindruck von einem sehr lebendigen, dynamisch wirksamen, innerpsychischen Konflikt. Die Schwierigkeit ergibt sich eben dadurch, daß die Labilität der Ichstruktur bewirkt, daß wir einmal den Über-Ich-Anteil und ein anderes Mal den narzißtischen Ich-Anteil in sehr schnell wechselnder Folge vor uns in Aktion haben.

Es gibt aber auch Fälle, wo wir die Abwehr des innerpsychischen Konfliktes in Form von verschiedenen Projektionen beobachten können, ohne den Eindruck einer so dynamisch wirksamen Angst und einer so schnell wechselnden Umlagerung in der innerpsychischen Struktur zu bekommen.

Ich denke jetzt an die Fälle, in welchen wir auch den Eindruck von einem narzißtisch stark besetzten Ich haben, das aber von Angst nicht bedroht

6) Karen Horney: The Problem of the Negative Therapeutic Reaction. Psa. Quarterly, vol. V, 1936, pp. 29—44.

wird und dem Schuldgefühl gegenüber keine auffallenden emotionalen Reaktionen zu produzieren braucht, weil Schuldgefühle dem Bewußtsein nicht nahe kommen. Das Ich fühlt sich ungestört im Recht. Der innerpsychische Konflikt ist so gut verdrängt, daß von einer Konfliktspannung zwischen Über-Ich und Ich kaum etwas zu merken ist. In der Strukturbeziehung zwischen Über-Ich und Ich führt das Ich; es ist die Instanz, die die stärkere narzißtische Besetzung besitzt. Wir können sagen, die Abwehr gegen die Strenge des Über-Ichs sei hier am besten gelungen. Die extremsten Vertreter dieser Struktur werden wir unter den „triebhaften Charakteren" und Kriminellen finden, die auch keine Krankheitseinsicht haben. Aber ich möchte hier hauptsächlich auf die Fälle hinweisen, bei welchen die narzißtische Ichpanzerung einer starken Triebabwehr entspricht, wie wir es sehr oft in Fällen mit eindeutigen hysterischen Konversionssymptomen, wie auch bei Frigidität, bei paranoiden Persönlichkeiten oder bei lang dauernden hypomanischen Phasen finden. Während wir in der Analyse der vorangegangenen Fälle den Reaktionen auf die Über-Ich-Forderung in jeder Phase der Analyse irgendwie zu begegnen hatten, müssen wir in diesen Fällen zuerst die Spuren der Über-Ich-Spannung aufdecken, intensivieren und müssen so zuerst erzwingen, daß das Ich die Konfrontierung mit dem Über-Ich zuläßt.

Als Beispiel denke ich an eine Patientin (Fall 7), eine sozial relativ gut angepaßte Persönlichkeit, aber mit sehr wesentlichen Schwierigkeiten in ihren Beziehungen zu Männern und mit einer ausgesprochenen Frigidät. Ihre charakterologische Haltung war eine zur Schau getragene Überlegenheit, sie konnte im Leben diese Überlegenheit weitgehend agieren, und dies war auch ihre Haltung in der Analyse. Bald ergab es sich in der Analyse, daß alle ihre Leistungen, sowohl diejenigen, die auf Sublimierung beruht hatten, als auch ihre neurotische Aktivität auf die Konkurrenz mit ihrer Mutter zurückzuführen waren. „Ich kann es besser als meine gehaßte Mutter, vor der ich keine Angst zu haben brauche." Die Patientin war die dritte von vier Schwestern. Der Vater ein bemerkenswerter Wissenschaftler, aber zu Hause passiv; die Mutter zu Hause mehr aggressiv, aber eine geistig unbedeutende, zwangsneurotische Persönlichkeit. Ihre ständige Klage gegen die Mutter war, daß sie nicht gut kochen konnte, daß die Suppe immer versalzen war. Die Konkurrenz zwischen den Schwestern war sehr intensiv. Die Patientin war überzeugt, daß sie die am meisten masku-line von den Geschwistern sei, und sie behauptete auch, daß sie unter ihnen das meiste erreichen konnte. Sie mußte bald einsehen, daß ihre systematische Art, womit sie die Dinge überschauen wollte, ebenso eine Reaktion auf Angst war wie ihre zur Schau getragene Überlegenheit, womit sie allen Menschen nur ihre angstfreie Selbstsicherheit demonstrieren wollte. Dieses Verhalten mußte sich in der Übertragung besonders stark äußern, und ihr Agieren war tatsächlich das eines Kindes im Pubertätsalter, das sich dem Lehrer gegenüber provozierend benimmt, als ob es sagen wollte: du kannst mir keine Angst machen; mich kannst du nicht fangen; ich bin klug und geschickt genug, um dem auszuweichen.

Diese aktiv narzißtische Abwehr führt die Methode der freien Assozia-

tionen ad absurdum. Wir können leicht beobachten, daß das oberflächliche Gerede, das Erzählen von tausend verschiedenen Einzelheiten des Tageslebens, das Sichverlieren in Details ebenso nur der Flucht dienen wie das leere beziehungslose Wiedererzählen von scheinbar wichtigem Erinnerungsmaterial oder Phantasien, deren dynamischer Inhalt längst verbraucht ist. Dieses Material ist zuerst nur in einem Sinne zu verstehen, als ständige Flucht vor der Angst, die hinter dem Narzißmus lauert und das Ich bedrohen kann. Wie dynamisch unwirksam dieses Material auch zu sein scheint, es dient einem trotzigen Kampfe gegen die Analyse und gegen den Analytiker. Es ist die extravertierte Wiederholung des ursprünglichen trotzigen Kampfes gegen die Eltern.

Dieser Typ erscheint uns als der strukturelle und charakterologische Gegensatz zu denjenigen Typen, die wir in der ersten Hälfte dieser Darstellung als die autoplastischen geschildert haben. Dieser letzgeschilderte Typ verändert seine Umgebung durch die Extraversion des innerspychischen Konfliktes. In diesen Fällen können wir von alloplastischen Abwehrmechanismen sprechen. Es ist unsere Aufgabe, diesen alloplastischen Widerstand dem Patienten unmöglich zu machen.

Reich[7] beschäftigt sich hauptsächlich mit diesem Typ des narzißtischen Abwehrmechanismus, wenn er das Zerbrechen der narzißtischen Panzerung der Persönlichkeit als technische Maßnahme empfiehlt. Reichs allgemeine These ist, daß die triebabwehrende narzißtische Energie in den charakterologischen Haltungen des Individuums eingefroren sei, und verlangt, daß das Bewußtmachen und Analysieren dieser Symptome der Ausgangspunkt analytischer Aktivität sein sollen. Der aus seiner Ruheposition aufgescheuchte Narzißmus würde dann den Abwehrkampf des Individuums aktivieren, um die Analyse dynamisch zu gestalten. Reich würde also eine Sprachgewohnheit, eine Kopfhaltung usw. konsequent in den Mittelpunkt der Analyse rücken. Wir beobachten bei den verschiedensten Patienten mit den verschiedensten Ich-Strukturen, was Reich richtig betont hatte, daß die Analysanden auf den Angriff gegen das Ich sehr heftig reagieren. Was bedeutet dies aber? Es bedeutet eben, daß wir durch den Hinweis auf das Widerstandssymptom den für die Struktur des Falles sonst auch typischen wirksamen Widerstandsmechanismus auslösen. Der eine Patient wird den Hinweis auf das Widerstandssymptom ebenso einverleiben und damit die Introversion verstärken, wie er es auch auf eine andere Deutung tun würde, nur noch etwas mehr. Der andere Patient wird sich schämen oder sich gedemütigt oder beleidigt fühlen oder mit Aggression reagieren und wegen dieser Aggression Schuldgefühle bekommen oder eventuell auch nicht. Die Intensivierung des Abwehrmechanismus erwartet Reich auch von den Deutungen, um stärkere Abfuhr der Aggression zu erreichen. Aber die durch diese Deutungen erreichte

7) Wilhelm Reich: Charakteranalyse. Wien, 1933.

Angst oder Aggression hat vorerst noch nichts zu tun mit der Abfuhr von ursprünglich verdrängtem infantilem Haß und Aggression, mit der ursprünglich abgewehrten Angst. Es ist nur die durch die Übertragung verstärkte Wiederholung des Abwehrmechanismus, der in der Ich-Struktur bedingt ist. Diese Reaktionen lassen vorerst die an der Entstehung des Charaktersymptoms beteiligte Besetzungsenergie unberührt. Zu diesen Symptomen haben wir auch keinen direkteren Zugang als zu den anderen. Die Analyse muß zuerst die Vorarbeit leisten, die notwendig ist, um den Triebinhalt, der im Symptom integriert ist, zur Abreaktion zu bringen. Haben wir die Analyse so weit getrieben, dann erleben wir sehr oft, daß das Charaktersymptom verschwindet oder an Intensität einbüßt. Wenn wir auch nicht erwarten können, daß der Hinweis auf dieses Symptom das reibungslose Aufrollen des Materials, in Schichten geordnet, nach sich ziehen würde, möchten wir damit nicht sagen, daß wir diese Haltungen in der Analyse nicht berücksichtigen wollen. Ihre Berücksichtigung ist keinesfalls neu. Sie gehörten immer schon zum Rüstzeug der Analyse,[8] und sie wurden immer in die Analyse einbezogen, wenn sie den aktuellen Widerstand in hervorstechender Weise ausgedrückt haben. Aber wir können sie in der Analyse noch mehr dienstbar machen, da wir in der Handhabung dieser Ich-Symptome eine Methode besitzen, womit wir die Widerstandsanalyse bis zu einem gewissen Grade dosieren können. Da die Erwähnung dieser Symptome, wie ich oben ausgeführt habe, den typischen Widerstandsmechanismus aktiviert, werden wir sie nicht forcieren in Situationen, wo wir die Spannungen nicht steigern wollen, und wir werden sie betonen, wenn wir den Patienten zu einer strengeren Einsicht zwingen wollen.

Reich will mit seiner Charakterdeutung den stärksten Widerstand angreifen, aber wie alle seine Kritiker betont haben, hat ein voreiliger Hinweis auf das Symptom keine dynamische Wirkung. Letzthin hat Anna Freud[9] dargestellt, daß es der dynamischen Aufgabe der Analyse nicht entspreche, den in dem Symptom „eingefrorenen" Narzißmus zum Ausgangspunkt der Analyse zu wählen. Wenn auch das Charaktersymptom die psychische Verarbeitung des stärksten Widerstandes darstellt, ist damit doch nicht gesagt, daß seine Deutung in der Analyse dynamisch wirksam sei. Nicht den ökonomisch stärksten Widerstand sollen wir angreifen, sondern denjenigen, der eine dynamisch wirksame Deutung zuläßt. Damit bekommt die Deutung einen ökonomischen Sinn in der momentanen analytischen Situation.

Anna Freud führt auch aus, daß die beste Lösung für den Konflikt sich in den Fällen findet, in welchen die Triebabwehr die Folge der Angst vor

8) Karl Abraham: Über eine besondere Form des neurotischen Widerstandes gegen die psychoanalytische Methodik. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. V, 1919.

9) Anna Freud: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Int. Psa. Verlag, Wien, 1936.

dem Über-Ich ist. In diesen Fällen ist der Konflikt wirklich innerpsychisch. Meine hier dargestellte Kasuistik illustriert und unterstützt diese These.

Ich habe zu demonstrieren versucht, daß 1. der dynamisch wirksame Narzißmus (die narzißtische Besetzung) für den charakteristischen Widerstand des Individuums verantwortlich ist; der dynamisch wirksame Narzißmus ist in einem Typ der Fälle im Über-Ich konzentriert und bewirkt einen Widerstandsmechanismus im Sinne der Introversion. In diesen Fällen können wir den Widerstand autoplastisch nennen. In dem anderen Typ der Fälle ist der Narzißmus des Ichs stärker als der des Über-Ichs. Dieser stärkere Narzißmus des Ichs verursacht Abwehrmechanismen im Sinne der Projektionen.[10] Je strenger die narzißtische Besetzung des Ichs ist, desto unzulänglicher ist die Projektion. In diesem Sinne können wir von einem autoplastischen Abwehrmechanismus sprechen.

Aber es gibt auch Fälle, die in diese Einteilung nicht hineinzupassen scheinen. Dies sind oft Fälle, die oberflächliches Assoziationsmaterial produzieren, das zur Struktur des Falles nicht zu passen scheint. In diesen Fällen ist die Angst vor dem Über-Ich so intensiv, daß die oberflächliche Abwehr eine Fluchtreaktion ist, eine Projektion, trotz der Depression, die dahinter versteckt ist. (Unser Fall 3 ist dafür ein Beispiel.)

2. In der Entstehung des Abwehrmechanismus ist die Aggression, welche zwischen Ich und Über-Ich hin- und herschwebt, auch mit einbezogen; manchmal ist sie gegen das Ich, manchmal gegen die Außenwelt gerichtet.

3. Durch die Beobachtung der narzißtischen Besetzung innerhalb der psychischen Struktur — wie sie sich wiederholt in dem typischen Abwehrmechanismus äußert — gewinnen wir eine Methode für die Behandlung der Widerstände.

Die Darstellung der hier erörterten Fälle mit dem besonderen Hinweis auf die Lagerung des Narzißmus innerhalb der psychischen Instanzen hat nicht zur Aufgabe, alle Schattierungen der so verursachten Abwehrmechanismen darzustellen. Dies wäre ein unmögliches Unterfangen. Diese Betrachtung wird aber vielleicht eine weitere Erörterung des „negativen therapeutischen Effektes" ermöglichen.

Horney hat einige Fälle von negativem therapeutischem Effekt dargestellt und die Technik, die es uns ermöglichen soll, ähnliche Situationen zu überwinden.[11] Auf diesem Gebiet herrscht in der analytischen Literatur noch eine große Unklarheit. Reich würde vielleicht manche von den negativen Äußerungen der Patienten als eine aktiv verwertbare Affektreaktion be-

10) D. Feigenbaum: On Projection. Psa. Quarterly, vol. V, 1936. Feigenbaum faßt in dieser Arbeit alle Ichreaktionen als Projektionen auf und teilt die Projektionen in zwei Gruppen ein.

11) Karen Horney: The Problem of the Negative Therapeutic Reaction. Psa. Quarterly, vol. V, 1936.

grüßen, die Horney vielleicht schon als negativen therapeutischen Effekt bezeichnen würde, weil steigende Aggression und Angst den Widerstand begleiten. Unsere allgemeine dynamische Betrachtung der hier angeführten Fälle ermöglicht es vielleicht, manche Gesichtspunkte zu fixieren, die uns helfen können, den Begriff des „negativen therapeutischen Effektes" klarer zu fassen. Sicher werden wir vom negativen therapeutischen Effekt sprechen müssen bei den introvertierenden Fällen, wenn die Über-Ich-Spannung (Angst und Depression) ein solches Maß erreicht, daß wir sie nicht mehr in analysierbare psychische Reaktionen umwandeln können. Ich halte es für keinen negativen therapeutischen Effekt, wenn Patient 3 infolge der steigenden inneren Spannung hypochondrisch reagiert und Organsymptome bekommt. Damit erreichten wir in der Analyse das erste Mal, daß eine monotone Reaktionslosigkeit durch ein analysierbares Abwehrsymptom abgelöst wurde.[12] Aber ich hielt die Steigerung der Reaktion des Patienten 4 für einen negativen therapeutischen Effekt, weil sie durch die Verdrängung der Übertragung besonders verstärkt wurde und eben dadurch der Analyse lange Zeit nicht zugänglich war. Ich habe schon betont, wir werden die Steigerung der innerpsychischen Spannung in den Fällen begrüßen, wo die Projektionen die Analyse verflachen. Aber wir werden es zu vermeiden trachten, die Steigerung bis zu einem Grade zu treiben, in welchem wir der Angst oder der Aggression mit den Methoden der Analyse nicht mehr Herr werden könnten. In diesem Falle würden wir vom negativen therapeutischen Effekt sprechen.

Gewiß ist auch dies kein endgültiges Remedium, das uns zwischen Scylla und Charybdis der Analyse ohne Gefahren hindurchführt. Immer werden wir überrascht von der Vielseitigkeit und Unerschöpflichkeit seelischer Reaktionen. Immer wieder werden wir lernen, daß sich der Analysand — genau wie ein Kind, das sich den Erziehungsspielregeln der Erwachsenen anpaßt — den Spielregeln der Widerstandsanalyse auch anpassen wird. Jede Deutung, jede Haltung des Analytikers löst die Erwartung ihrer Wiederholung im Patienten aus, und dadurch wird die nächste Abwehrreaktion schon durch die Reaktion auf diese Erwartung kompliziert. So haben wir die Aufgabe, dasselbe zu leisten: unsere Technik den sich immer komplizierenden Ansprüchen der analytischen Aufgabe anzupassen.

12) Ferenczi wertet die „passagèren Symptome" in ähnlicher Weise.

Die Objektivität des Analytikers

Von

J. H. van der Hoop

Amsterdam

Psychotherapie und Objektivität hatten ursprünglich sehr wenig Beziehung zueinander. Im Vergleich zu anderen ärztlichen Methoden ist die Psychotherapie das letzte Gebiet, das sich von der primitiven Heilkunst losgelöst hat. Die psychischen Einflüsse, die in der primitiven Medizin eine so große Rolle spielen, wurden dort als übermenschliche angesehen. Der Priester, der ein Orakel aussprach oder die Hand auf den kranken Körperteil auflegte, vermittelte damit eine göttliche Einwirkung. Die Auffassung, daß man durch Magie oder durch göttliche Einwirkung, die von einer heiligen Person oder von einem heiligen Ort ausgeht, heilen kann, hat auch in unseren Tagen ihre Anziehung nicht ganz verloren. Für den Psychotherapeuten ist aber dieser Gesichtspunkt nicht wichtig, weil die äußere Erscheinung der meisten unter uns nicht heilig oder magisch genug ist, um auf unsere Patienten in dieser Art Eindruck zu machen. Wir könnten sagen, daß wir aus der Not eine Tugend machen, wenn wir solche einfache, unwissenschaftliche Methoden ablehnen. Auch hat das Publikum sich insoweit geändert, daß viele Menschen bezweifeln, ob die göttliche Wirkung in unserer Zeit ebenso mächtig ist, wie es uns aus früheren Zeiten überliefert wurde. Und der magische Einfluß innerhalb der Medizin ist insoweit verdächtig geworden, als jeder seit dem letzten Jahrhundert weiß, daß er „nur auf Suggestion" beruht; in der populären Auffassung bedeutet aber das Wort Suggestion eine geschickte Art, die Leute zu betrügen, indem man ihnen imponiert. Kein Wunder, daß das magische Auftreten der suggestiven Therapie für viele jeden Reiz verloren hat. Der übermenschliche Einfluß wurde als allzumenschlich entlarvt und viele vernünftige Ärzte zogen es vor, auf die einfachen Methoden der Sympathie und des gesunden Menschenverstandes zurückzugehen. Wieder andere gehen den neurotischen Patienten einfach aus dem Weg.

Von dieser Auffassung aus betrachtet, bedeutet die Psychoanalyse einen großen Sprung. Freud hat die Psychotherapie wissenschaftlicher gestaltet als je einer vor ihm. Mit allem Respekt vor den guten Seiten der Suggestionstherapie können wir sagen, daß sie in Gefahr war, eine besonders dumme Methode zu werden. Der Arzt weiß öfters nicht, was er suggerieren soll. Negative Suggestionen, wie: nicht krank sein, keine Kopfschmerzen haben usw. sind wenig wirksam. Coué hat deutlich erklärt, daß sie verkehrt wirken, weil nur die positive Vorstellung auf die Einbildungskraft wirkt. Aber eine einfache Suggestion der Gesundheit wird nur selten ein kompliziertes neuro-

tisches Symptom auflösen. Freud ging von diesem Dilemma aus und er entschied sich für eine verbesserte psychologische Untersuchung. Wir wissen alle, wie die Psychoanalyse sich auf diesen Teil der Arbeit konzentriert hat. Der suggestive Psychotherapeut drängt von Anfang an den Patienten seinen Rat auf. Dem gegenüber verzichtet Freud auf alle Ratschläge. Ich brauche die Methode der Psychoanalyse hier nicht zu beschreiben. Ich möchte nur daran erinnern, daß die Objektivierung an sich hier eine innere Änderung herbeiführt. Ich muß daher etwas näher auf die Frage eingehen, wie die objektive Einsicht wirkt.

Die wichtigste Ursache unserer Subjektivität liegt in unseren Gefühlseinstellungen. Diese können aber weitgehend ausgeschaltet werden, indem man sie bewußt objektiviert. In der Analyse wird dieser Prozeß systematisch erzielt durch das Bewußtwerden der Übertragung. Wenn der Patient sich klar macht, daß er beim Handeln und Urteilen durch eine fixierte Einstellung übermäßig beeinflußt wird, so wird dadurch möglich, diese Fixierung zu lösen. Er wird „objektiver". Seine Neurose hängt mit Fixierungen zusammen, die aus frühester Jugend stammen und sich in Komplexen erstarrter psychischer Mechanismen ausdrücken. Die Analyse der Übertragung ist das mächtigste Instrument, um die Starrheit dieser Ausdrucksformen anzugreifen. Freud hat wiederholt erklärt, daß dieser Teil der Behandlung die schwerste Aufgabe der psychoanalytischen Kur darstellt. Es ist durchaus menschlich, auf den emotionellen Ausdruck eines anderen mit eigenen Emotionen zu reagieren. Meistens entsteht diese Reaktion unbewußt und ist schon ziemlich fortgeschritten, wenn sie uns zum Bewußtsein kommt. Die automatische Wechselwirkung erklärt das „Pech" des neurotischen Menschen, der immer wieder denselben Schwierigkeiten in seiner Anpassung begegnet. Daß der Analytiker auf eine andere Art reagiert, ergibt dann eine erste Möglichkeit der Änderung. Zwar hat auch er die Neigung, emotionell zu reagieren, doch ist er sich dessen von Anfang an bewußt, und so wandelt sich in seinem Geist die Reaktion zu einem Erkenntnisprozeß um. Der Analytiker induziert im Patienten einen ähnlichen Prozeß, indem er dessen Benehmen deutet. In einigen Fällen erweist sich diese Deutung als einfach und evident, manchmal aber drückt sich die emotionelle Einstellung auf sehr komplizierte Weise aus. Durch die so erzielte andere Verarbeitung psychischer Konflikte wird allmählich eine wichtige Änderung der Persönlichkeit herbeigeführt.

Ich darf annehmen, daß in der Auffassung dieser Wirkungen der psychoanalytischen Behandlung allgemeine Übereinstimmung besteht. Wir wollen jetzt unsere Aufmerksamkeit auf den Psychoanalytiker richten mit der Frage, wie er diese wunderbare Geklärtheit errungen hat, die ihn befähigt, nicht in der gewöhnlichen allzumenschlichen Weise zu reagieren. Es ist nicht ganz leicht, diese Frage zu beantworten. Wir werden auf eine bestimmte Form der Ausbildung und namentlich auf die Lehranalyse verwiesen. Auch gilt

hier eine gewisse Fähigkeit, andere und uns selbst objektiv zu betrachten. Wir verstehen, daß die eigene Analyse dem Analytiker ermöglicht, die emotionellen Einflüsse in seinem eigenen Charakter zu erkennen. Die Gefahr der Subjektivität entsteht mehr durch emotionelle Reaktionen, die wir selbst nicht einsehen, als durch bewußte Reaktionen dieser Art. Die eigene Analyse bringt die Wirkung verborgener komplexhafter Einstellungen zum Bewußtsein. Soweit ist alles einleuchtend. Die Einstellung des idealen Analytikers ist deutlich genug begründet. Wie steht es aber mit dem wirklichen Analytiker? Eine befreundete Kollegin, die damals von Freud analysiert wurde, erzählte mir, daß Freud einmal gesagt habe, wie merkwürdig es sei, daß die Gegner der Analyse ihre Angriffe nicht mehr auf den schwächsten Punkt gerichtet hätten, nämlich auf den Analytiker. Unser Großmeister weiß am allerbesten, wie schwer es für den Arzt ist, den Ansprüchen der analytischen Behandlung gerecht zu werden. Welcher Analytiker kann sagen, daß er dem eigenen Gefühlsleben genügend objektiv gegenübersteht, so daß er imstande ist, alle Äußerungen seiner Patienten in vollkommen objektiver Weise zu verstehen? Ist es möglich, einen Maßstab anzugeben für die Beurteilung der Befähigung eines Kandidaten für diesen Beruf? Es ist mir aufgefallen, daß auf der Vierländertagung in Wien, 1935, wo über die Ausbildung gesprochen wurde, keine bestimmten Maßstäbe genannt worden sind, und ich habe sie auch sonst nirgends erwähnt gefunden. Das Urteil wird meistens der Menschenkenntnis des Lehranalytikers und der Kontrollanalytiker überlassen. Die Beurteilung der Objektivität steht damit auf ziemlich subjektivem Boden. Das Bild des idealen Analytikers wird auf diejenigen, die das Urteil aussprechen, projiziert, um die Autorität der Beurteilung zu betonen. Das mag für dieses komplizierte Problem momentan die bestmögliche Lösung sein, aber sie kann unmöglich für ideal gehalten werden. Wenn man viele Analytiker kennt, so zeigen sich subjektive Unterschiede, und es wird auch zugegeben, daß diese Unterschiede die Arbeit bis zu einem bestimmten Grad beeinflussen. Es ist aber nicht leicht anzugeben, wie weit diese Einflüsse wirken und wo sie die Objektivität stören können. Daß man von der Objektivität der eigenen Einstellung überzeugt ist, wird von den andern kaum als Beweis anerkannt werden. Ich habe den Eindruck bekommen, daß die meisten Analytiker etwas empfindlich reagieren, wenn man diesen Punkt berührt. Das unbehagliche Gefühl bei dieser Frage wird dann meistens neutralisiert, indem man die Objektivität des Analytikers im allgemeinen voraussetzt. Diese Einstellung stimmt aber wieder nicht mit der kritischen Beurteilung überein, die die Analytiker meistens für einander haben. Eine solche kritische Haltung scheint begreiflich, wenn man in Betracht zieht, wie schwer es ist, die Arbeit eines anderen auf diesem Gebiet zu beurteilen. Wir können das Wissen oder die feine Intuition eines Kollegen bewundern oder die Sachlichkeit seines Urteils loben, wir wissen aber auch, daß ein

verborgener schwacher Punkt eine sonst ausgezeichnete Behandlung in einem bestimmten Fall verderben kann. Deshalb ist ein bestimmtes Mißtrauen gegen uns selbst und andere immer am Platz.

Es ist nicht zu bezweifeln, daß die Psychoanalyse den ernsthaftesten Versuch darstellt, subjektive Einflüsse in der Psychotherapie auszuschalten. Nirgends sonst wird von dem Kandidaten eine so lange Übung in Selbsterkenntnis verlangt und die Gefahren der unbewußten Subjektivität werden hier am allerdeutlichsten erkannt. Gegen dieses Bestreben ist meines Erachtens nichts einzuwenden. Die einzige Frage wäre, ob man die Form desselben noch verbessern kann. Wenn wir die Entwicklung des objektiven Urteils im Menschen betrachten, so sehen wir, daß es immer unter dem Einfluß irgendeines Zweifels Fortschritte gemacht hat. Die Wissenschaft entdeckt immer wieder, daß ihre Grundlagen subjektiver sind, als man vorher dachte. Ich brauche nur daran zu erinnern, wie heutzutage die Mathematik durch eine solche Entdeckung gefördert worden ist. Für einen Wissenschaftler ist es immer gefährlich, wenn er von der Objektivität seiner Meinungen zu sehr überzeugt ist. Das ist sicherlich in einer neuen Wissenschaft wie der Psychologie noch mehr der Fall. Ich bin gewiß nicht der Meinung, daß der Analytiker im allgemeinen zu eingebildet sei, als daß er seine eigene Einstellung untersuchen wollte. Ich weiß, daß der gute Analytiker jeden Augenblick bereit ist, den Einfluß seiner eigenen Subjektivität auf die Beziehung zum Patienten zu prüfen. Eher könnte man sagen, daß er auf diese kritische Errungenschaft so stolz ist, daß er wenig Neigung hat, sich noch weiter nach anderen Formen möglicher Subjektivität umzuschauen.

Die analytische Prüfung der Subjektivität hat sich auch immer mehr erweitert. In den letzten zwanzig Jahren hat sich vieles in der Theorie der Psychoanalyse geändert. Vorher war das Interesse auf den unbewußten Teil der Persönlichkeit zentriert; heute wird die psychische Struktur weitaus komplizierter beschrieben. Aus dem Begriff des Unbewußten hat sich der Begriff des Es entwickelt, das Ich ist ebenfalls ein wichtiges Untersuchungsgebiet geworden und auch dem Über-Ich wird ein großer Einfluß zuerkannt. Die psychoanalytische Theorie steht jetzt vielen Problemen gegenüber, die sie früher noch nicht kannte. Fragen nach Bedeutung und Ursprung der Ideale, Fragen nach verschiedenen Formen bewußter Verarbeitung haben jetzt eine große Bedeutung erlangt. Wie gewöhnlich hat Freud selbst die ursprünglichsten Gesichtspunkte entwickelt. Das Ich ist dabei viel mehr in den Vordergrund gerückt. Ich brauche nur daran zu erinnern, wie Anna Freud neulich in so klarer Weise die Bedeutung der neurotischen Abwehrformen geschildert hat.[1] Wir wissen, daß die starren Abwehrformen in manchen Neurosen viel auffälliger auftreten als die Fixierungen im Es. Auch

1) Anna Freud: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Int. Psa. Verlag, Wien, 1936.

wenn man die Forderung Reichs ablehnt, daß die Analyse zu allererst diese Panzerungen angreifen sollte,[2] so bleibt die Anerkennung des Einflusses dieser Ich-Faktoren ein wichtiger Punkt der Behandlung. Wir können daher sicher sein, daß ein richtig ausgebildeter Analytiker auch manches über seine verborgenen Ich-Reaktionen erfahren hat, ehe er die schwierige Aufgabe auf sich nimmt, den Fehlern der anderen mit unbefangenem Geiste nachzuspüren. Er wird dabei gelernt haben, seine Charaktereigenschaften als oral, anal, genital, auch als autoerotisch, narzißtisch, zwangsneurotisch, hysterisch usw. zu distanzieren und teilweise zu überwinden. Glücklicherweise haben alle diese Bezeichnungen die Eigenschaft des „Mehr oder Weniger", so daß wir uns damit trösten können, sie für uns selbst und unsere Kollegen als nicht allzu verurteilend zu betrachten. Auch finden wir eine Kompensation für die Beleidigung unserer narzißtischen Gefühle in dem erhabenen Stolz einer größeren Objektivität.

Wenn sich einer so große Mühe gegeben hat, um eine objektive Einstellung zu erlangen, so kann er sich leicht verletzt fühlen, wenn seine Objektivität noch weiter bezweifelt wird. Innerlich empfindet man einen Widerstand gegenüber der Annahme, daß die feste Stellung, die man mit so viel Mühe erobert hat, dennoch angegriffen werden könnte. Man wird vielleicht einen solchen Zweifel als zwangsneurotisch bezeichnen wollen, aber als Psycholog muß man die Anlässe zum Zweifeln untersuchen.

Wenn wir das Benehmen, die Gedanken und Gefühle eines anderen Menschen widerspiegeln, indem wir sie ihm in ihrem Zusammenhang zeigen, so benützen wir notwendigerweise unsere eigene subjektive Persönlichkeit als Instrument. Wie sehr wir auch bestrebt sein mögen, unsere Gedanken, unsere Gefühle, unser Verhalten redlichen Maßstäben zu unterwerfen und objektive Ansichten zur Geltung zu bringen, so bleiben wir dabei doch an erster Stelle menschliche Wesen. Mit einiger Phantasie können wir uns vorstellen, die Seele unseres Hundes zu begreifen, aber die meisten werden Bedenken tragen, sich in ihren Kanarienvogel einzufühlen. Aber wie verhält es sich mit dem Verstehen eines Negers oder eines Indianers? Leider muß ich hier den empfindlichen Punkt der Rassenunterschiede berühren, aber ich kann nichts dafür, daß er da ist. Wir mögen überzeugt sein, daß ein Inder oder ein Chinese Anteil hat an einer Kultur, die älter ist als die unsrige und die der unseren in bestimmten Punkten überlegen sein mag. Der Unterschied bleibt nichtsdestoweniger bestehen. Inwieweit wirken diese Einflüsse auf die Möglichkeit, einen anderen Menschen zu analysieren? Meine Erfahrung in diesem Punkt ist zu unzulänglich, um mich darüber auszusprechen. Im allgemeinen habe ich den Eindruck, daß die Verschiedenheit der Rasse, der Kultur oder der Persönlichkeit in manchen Fällen wenig bedeutet, in anderen Fällen aber große Schwierigkeiten macht. Müssen wir diese Schwierigkeiten

[2] W. Reich: Charakteranalyse. Wien, 1933.

als unser Schicksal hinnehmen, oder gibt es einen Weg zu einer Art Objektivität, die diese Unterschiede überbrücken kann? Bei der Besprechung dieser Frage werde ich die Rassenunterschiede außer Betracht lassen, weil es mir am schwierigsten scheint, auf diesem Gebiet bestimmte Daten zu sammeln. Wir wollen uns an erster Stelle mit den persönlichen Unterschieden beschäftigen.

Wenn wir das Problem zuerst vom praktischen Gesichtspunkt aus betrachten, so wissen wir, daß manche Menschen weniger durch Vorurteile gestört sind als andere. Es gibt Menschen mit breitem Verständnis, die imstande sind, den Geist eines anderen Menschen zu verstehen, wenn dieser von dem ihrigen auch ziemlich verschieden ist. Wir können sagen, daß dieses Verständnis sie objektiver macht. Wir müssen dabei aber die Frage aufwerfen, ob diese Art Objektivität dieselbe ist wie die des Analytikers. Inwieweit unterscheidet sich das Ich der Menschen mit weitem Geiste von dem der Menschen mit engem Geiste, welche letztere nur solche andere verstehen, die ihnen ähnlich sind? Besteht dieser Unterschied nur in der Tatsache, daß die Menschen mit weitem Geist keine starre Abwehrhaltung zeigen gegenüber ihrem Es, oder gibt es noch andere Faktoren? Es ist wohl ohne Zweifel, daß starre Einstellungen im Ich das Verständnis für andere stören, denn wir haben gegen trieb- und affektbedingtes Verhalten anderer dieselben Vorurteile wie gegen Neigungen in uns selbst, die wir automatisch ablehnen. Wenn ein Schwindler einem anständigen Herrn dient, so wird er die schwachen Seiten des Charakters seines Meisters oft besser verstehen als der Herr die des Dieners. Ich will damit gewiß nicht unterstellen, daß die Freiheit des Analytikers dieselbe sei wie die eines unmoralischen Menschen. Wenn wir diese populäre Auffassung der Analyse ablehnen, so hat doch diese geistige Freiheit bei beiden etwas Gemeinsames. Beide sind imstande, zwischen Gut und Böse bewußt zu wählen, während der brave Bürger sein Verhalten meistens automatisch durch fixierte unbewußte Mechanismen im Ich und Über-Ich bestimmen läßt.

Freiheit von Vorurteil kann unter Umständen einen wichtigen Faktor für das Verstehen anderer Menschen bilden, aber dies scheint mir nicht das einzige wichtige Moment zu sein. Wenn wir Menschen mit einem weiten Geist und Menschen mit beschränktem Geist unterscheiden, so werden wir dabei auf die Tatsache aufmerksam, daß das Geistesgebiet einen ungleichen Umfang haben kann. Goethe soll gesagt haben, daß er sich kein Verbrechen denken könnte, von dem es ihm unmöglich sei sich vorzustellen, er habe es selbst begangen. Das zeigt nicht nur, daß Goethe in einer ziemlich gemütlichen Beziehung zu seinem Es stand; es deutet zu gleicher Zeit auf den Umfang seiner Phantasie. Der Mangel an Phantasie ist eine der wichtigsten Ursachen für Verständnislosigkeit. Was verstehen wir aber unter Phantasie? Wie kann man sie messen? Kann man genaue psychologische

Merkmale angeben für Menschen mit und ohne Phantasie?

Wir müssen beim Versuch, diese Fragen zu beantworten, einen anderen Gedankengang heranziehen und davon ausgehen, daß man Gruppen von Personen bilden kann, die einander charakterlich mehr oder weniger ähnlich sind. Auf diese Weise wird es möglich, bestimmte psychische Typen zu unterscheiden. In unserer Zeit hat man von verschiedenen Seiten her versucht, diesen Gruppen eine wissenschaftliche Grundlage zu geben. Die wichtigste dieser Unterscheidungen scheint mir die Jungsche zu sein. Seine „psychologischen Typen" beruhen unter anderem auf verschiedenen psychischen Funktionen, wie Denken, Fühlen, Intuition und Empfindung. Verschiedenheiten in der bewußten Motivierung werden erklärt durch das Vorherrschen einer bestimmten Funktion in einem bestimmten Menschen. Jeder normale Mensch besitzt die Fähigkeit, diese verschiedenen Formen der bewußten Orientierung zu gebrauchen, aber fast immer wird eine Funktion viel mehr geübt als die anderen. Hieraus entsteht eine gewisse Einseitigkeit des Standpunktes und eine gewisse Beschränktheit im Verständnis der anderen Menschen. Ein Mensch mit einer entwickelten Fühlfunktion wird die Ausdrücke der Gefühle bei anderen viel besser verstehen als einer, der selbst einen kleinen Bereich des Gefühlsausdrucks hat. Wir fühlen uns einem Menschen verwandt, der eine ähnliche Art Motivierung benützt wie wir, sogar dann, wenn die Ergebnisse seiner Motivierung anders sind als die unseren. Dem entspricht auf der anderen Seite, daß ein Mensch, der mit uns einig ist und mit uns aus Motivierungen zusammenarbeitet, die von der unsrigen verschieden sind, uns ziemlich fremd bleibt. Die Verschiedenheit der Bewußtseinstypen (wie ich sie nenne[3]) schafft demnach einesteils ein Band, das verwandte Geister bindet; bildet aber andernfalls eine Ursache des Fremdbleibens. Man muß zu dieser Tatsache Stellung nehmen, wenn man die Möglichkeit einer objektiven Beurteilung in der Psychologie erwägt. Wenn es wahr ist, daß wir alle durch eine mehr oder weniger typische Weise, die Dinge zu betrachten, eingeschränkt oder behindert sind, so will das sagen, daß unsere Objektivität hier wiederum in Frage gestellt wird. Es könnte sich aber bei näherer Betrachtung zeigen, daß der Vorwurf einer subjektiven bewußten Einstellung nicht für alle Typen in gleichem Maße gilt. Wir wissen zum Beispiel, daß das Denken auf Objektivität gerichtet ist, während das Fühlen an erster Stelle das Recht einer subjektiven Einstellung behauptet. In der wissenschaftlichen Betrachtung hat das Gefühl keinen Platz. Wir halten uns an die Objektivität des Denkens. Weshalb sollte man denn hier das Typenproblem heranziehen, wenn die Aufgabe der Wissenschaft sich darin zeigt, daß der Einfluß anderer Funktionen ausgeschaltet wird? Die Wissenschaft sollte von Menschen vom Denktypus beherrscht werden und

3) Ich habe meine Auffassung dieser Typen in einem Buch über „Bewußtseinstypen" (Hans Huber, Bern, 1937) ausgearbeitet.

die anderen hätten die Kontrolle ihrer Kritik anzunehmen.

Gilt diese Auffassung in derselben Weise für die Psychologie wie für die Naturwissenschaften? Wenn ein Mensch vom Denktypus die Gefühle eines anderen Menschen beurteilt, so kann es ihm passieren, daß sein Urteil abgelehnt wird mit der Begründung, daß er gar nichts von Gefühlen versteht. Was kann der Psycholog in einem solchen Fall tun? Soll er sich auf den Thron der Objektivität setzen und mit Verachtung auf die Dummheit der anderen hinunterschauen? Wäre es nicht weiser, daß er die Tatsache würdigt, daß seine eigene innere Erfahrung ein wichtiges Instrument für das Verstehen der anderen ist und daß diese innere Erfahrung auf bestimmte Gefühle eingeschränkt sein kann? Hier stehen wir vor einem der wichtigsten Probleme der Psychologie, weil die Art und Weise, wie die Tatsachen erfaßt werden, hier komplizierter ist als bei den Naturwissenschaften. Wo wir Tatsachen mit unseren Augen und Ohren kontrollieren, dürfen wir erwarten, daß die Ergebnisse der Sinneserfahrung für alle Menschen so ziemlich dieselben sind. Die Kontrolle der Subjektivität kann sich in diesem Fall einfach gestalten. Wenn wir aber das Benehmen anderer Menschen erklären, so spielt unsere eigene subjektive Erfahrung eine Rolle. Ich bezweifle nicht, daß die Psychologie das Recht hat, Tatsachen zu prüfen, um sie in einem rationalen System zu ordnen; aber die Wahrnehmung der Tatsachen wird in der Psychologie mehr von unserer eigenen Einstellung beeinflußt als in der Naturwissenschaft. Manche Leute leugnen die Existenz der Intuition, weil diese in ihrem eigenen Leben wenig Bedeutung hat. Ein schottischer Psycholog erklärte mir einmal, daß er mit „feeling" einen starken Ausdruck des Gefühls bezeichne; aber, fügte er hinzu, dieses muß natürlich als pathologisch angesehen werden. Er sah mich erstaunt an, als ich ihm antwortete: Das kommt daher, daß Sie ein Schotte sind.

Kann der Einfluß dieser Einseitigkeit in unserem psychologischen Urteil ausgeschaltet werden? Nach meiner Meinung kann diese Art Einseitigkeit auf zweierlei Weisen kompensiert werden; erstens durch die Entwicklung der Intuition und zweitens durch eine weitere Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit. Die Intuition befähigt, Zusammenhänge in origineller Weise zu erfassen, und beim Verstehen des Seelenlebens anderer Menschen ist diese Fähigkeit die allerwichtigste. Intuition ist das Vermögen, die Dinge in einer ursprünglichen Art zu betrachten. Deshalb kann der „Intuitive" Personen, die in ihrer seelischen Struktur ziemlich stark von ihm abweichen, doch eher verstehen als ein Mensch von einem anderen Typus. Ich will hiemit gewiß nicht behaupten, daß der Intuitive sicher sei vor der Gefahr subjektiver Fehler, aber er hat doch einen gewissen Vorsprung, wenn es gilt, die Tatsachen der Psychologie zu ergreifen.[4] Ein Mensch ohne Intuition wird nicht

4) Die Kritik solcher Fehler geschieht durch das Denken. Diese Funktion ist daher Voraussetzung für den Psychologen.

leicht ein guter Psycholog sein. Ich nannte Goethe einen Menschen mit großer Phantasie und Einbildungskraft und zweifellos war die Intuition eine wichtige Funktion seines Geistes. An ihm läßt sich auch der andere Einfluß, der die Einseitigkeit kompensiert, illustrieren. Viele Menschen verbleiben ihr ganzes Leben innerhalb der Begrenzung ihres einseitigen Bewußtseins. Bei manchen Menschen werden die Grenzen dadurch erweitert, daß sich eine zweite Funktion neben der ersten entwickelt. In anderen, selteneren Fällen kann die Einseitigkeit immer mehr überwunden werden, indem das bewußte Selbst sich andere Formen der bewußten Orientierung zu eigen macht. Das Resultat ist dann ein „allgemein menschlicher", ein „all-round"-Mensch, also ein Exemplar der Gattung, das in unserer Zeit der Spezialisierung wenig populär sein mag. Wenn alle diese verschiedenen Funktionen ziemlich hoch entwickelt sind, kann eine sehr überlegene Form des Menschen resultieren. So macht es uns bei Goethe den Eindruck, daß die verschiedenen bewußten Funktionen zu einer Einheit von großem Werte und großer Harmonie zusammengewachsen sind.

Kehren wir jetzt zu dem Problem der Objektivität des Analytikers zurück und wenden wir die gefundenen Möglichkeiten der Kompensierung bewußter Einseitigkeit auf seinen Fall an. Ich möchte dabei vorerst meine Überzeugung aussprechen, daß die hier genannten Tatsachen von den meisten Analytikern praktisch berücksichtigt werden. Wenn man zum Beispiel einen Kandidaten beurteilt, so werden ähnliche Überlegungen, wie ich sie eben gegeben habe, das Urteil mit beeinflussen. Doch finden wir in der psychoanalytischen Theorie für diese Faktoren keine speziellen Bezeichnungen. Der Einfluß des Typus eines Analytikers, die Entwicklung seines Denkens, seines Fühlens, seiner Intuition, kann für die Beurteilung bestimmter Situationen überaus wichtig sein. Das Wissen um diesen Einfluß schafft eine gewisse Kontrolle der subjektiven Einseitigkeit. Diese Kontrolle betrifft Bedingungen im Ich, und zwar solche Einflüsse, die man nicht als mehr oder weniger pathologische Fixierungen betrachten kann.

Diese verbesserte Kontrolle der Subjektivität genügt nicht. Ein anderes, viel weiter reichendes Problem scheint mir von der Psychoanalyse vernachlässigt zu sein. Es hängt mit dem Begriff des Über-Ichs zusammen. Dieser Begriff ist ziemlich spät entstanden. In Freuds „Zur Einführung des Narzißmus" (1914)[5] finden wir den Begriff des Ich-Ideals. Damit wird angedeutet, daß bestimmte ideale Vorstellungen im Ich einen besonderen Platz an Autorität einnehmen, wodurch sie die übrigen Inhalte des Ichs beeinflussen können. Wenn ein Gefühl oder eine Vorstellung mit den Forderungen eines Ideals in Widerspruch gerät, ist eine Verdrängung oft die Folge. Die Verdrängung scheint an erster Stelle vom Über-Ich auszugehen.

5) Ges. Schr., Bd. VI.

Der Begriff des Über-Ichs ist seither in der psychoanalytischen Theorie immer wichtiger geworden. Es hat sich gezeigt, daß die Ideale, die den Inhalt des Über-Ichs bilden, ihren Ursprung in der Erziehung finden.[6] Die Autorität der Eltern und der Erzieher wird in dem Kind während eines langen Introjektionsprozesses verinnerlicht. Diese Entwicklung zum Kulturmenschen bereitet dem Kinde viele Schwierigkeiten. Das Über-Ich entsteht als Ergebnis aus den Gegensätzen zwischen der Natur des Kindes und den Forderungen des Erziehers. Das Kind will seinen eigenen Wünschen folgen, aber es möchte zu gleicher Zeit mit den Eltern auf gutem Fuß stehen. Es muß daher ihre Verbote und Verordnungen in sich aufnehmen. Wir wissen, daß die Ödipussituation diesen Gegensatz besonders verschärft, weil in dieser Phase verbotene Wünsche und das Verlangen nach einer ungetrübten Liebesbeziehung stärker als je einander gegenüberstehen. Das Kind hat zu lernen, daß es sich bestimmten Regeln zu unterwerfen hat, wenn es unangenehmen Reaktionen der Umwelt entgehen will. Auch die eigenen entgegengesetzten Gefühle verursachen sehr unangenehme Erfahrungen. Von Anfang an herrscht eine Tendenz zur Einheitlichkeit im Ich und man kann diese neben dem Verlangen nach Sicherheit als eine der größten Triebkräfte für die Entwicklung der bewußten Persönlichkeit betrachten.

Die Existenz einer speziellen Autorität im Ich, die sich durch ein gutes oder ein schlechtes Gewissen ausdrückt, wird von wenigen bezweifelt werden. Es ist aber nicht ganz leicht, die zwei psychischen Gebiete begrifflich streng zu scheiden. Wir vergessen die Existenz der inneren Autorität, wenn wir nicht in Konflikt mit ihr geraten (es sei denn, daß wir so abnormal sind, darüber zu theoretisieren). Dem gegenüber stehen die schärfsten Formen des Gegensatzes in der manisch-depressiven Psychose. In der Melancholie lehnt das Über-Ich das Ich im Ganzen ab, während in der Manie das Ich die Existenz des Über-Ichs leugnet. Durch das Studium dieser Störungen haben vor allem Freud und Abraham unser Verständnis für das Verhältnis vom Ich und Über-Ich vergrößert. Auf diese interessanten Probleme kann ich hier nicht weiter eingehen. Diese Untersuchungen haben eine Tatsache bestätigt, die uns schon von der Neurose her bekannt war, daß nämlich der Einfluß des Über-Ichs nicht nur vorteilhaft, sondern auch schädlich sein kann. Es kann daher oft genug die Aufgabe des Analytikers sein, die Autorität des Über-Ichs anzugreifen. Diese Aufgabe ist von den Analytikern auf verschiedene Weise beschrieben worden. Einige, Alexander[7] zum Beispiel, haben sich dafür ausgesprochen, das Über-Ich als Ganzes abzubauen, wobei das Ich dann die ganze Führung übernimmt. Wieder andere, wie z. B.

6) Wir übersehen nicht, daß auch das eigene Wesen die Formen des Über-Ichs mitbestimmt.

7) Franz Alexander: Metapsychologische Darstellung des Heilungsvorganges. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XI, 1925.

Strachey,[8] möchten das Über-Ich umbilden und betrachten diesen Prozeß als den wichtigsten Teil der Behandlung.

Es scheint mir von Bedeutung, daß wir an diesem Punkt die psychoanalytischen Begriffe deutlicher definieren. Die Ich-Psychologie ist eine der jüngsten Entwicklungen der psychoanalytischen Theorie und die Psychologie des Über-Ichs ist noch im embryonalen Zustand. Ich möchte versuchen, hier einige Seiten des Problems etwas deutlicher zu formulieren. Das Wort Über-Ich deutet auf eine Einheit, die meistens nur in geringem Ausmaß besteht. Der Begriff der Ich-Ideale scheint mir den tatsächlichen Zustand besser anzudeuten. Die Ideale des Kindes wurden in erster Instanz auf dem Wege der Identifizierung mit der Autorität der Eltern geformt, aber auch andere Identifizierungen haben dazu beigetragen. Diese idealen Formen bleiben meistens nicht unverändert in uns bestehen. Sie verschmelzen zu mehr oder weniger bestimmten Bildern, die aber wieder gesondert neben einander vorkommen. Das Bild des idealen Arztes in mir ist verschieden von dem des idealen Gatten oder von dem des idealen „sportsman". Wir alle tragen in uns eine größere oder kleinere Auswahl von solchen idealen Formen. Sie leben in unserem Geiste zusammen, ungefähr wie die Mitglieder eines englischen Klubs. Die Stellung einiger dieser Mitglieder ist über jeden Zweifel erhaben, während wir über andere weniger sicher sind. Einige Ideale mögen sich als Lebemann oder Schelm aufspielen, aber ein gesunder Mensch ist dessen sicher, daß sie sich im Stile des Klubs benehmen werden. Wir können diesen Stil im allgemeinen genauer angeben, indem wir ihn zum Beispiel mit dem Ideal des „Gentleman" verbinden. Mit diesem Bilde sind gewisse Möglichkeiten eines Vergleichs zwischen persönlichen Maßstäben und Beziehungen in einer Gruppe nicht erschöpft. In anderen Fällen kann man diese innere Beziehung mit einer Kaserne oder mit einem Gemeinderat vergleichen oder sogar mit einer Sonntagsschule oder mit einem Nachtklub. Bei einem zwangsneurotischen Charakter kann die innere Ordnung die Form des Armenhauses oder des Gefängnisses annehmen, während bei einer Psychose die innere Gemeinschaft sich völlig aufgelöst hat.

Neben diesem Problem der komplizierten Struktur des Über-Ichs steht ein zweites Problem: Inwieweit sind diese Wirkungen uns bewußt? In der Praxis finden wir auf der einen Seite viele Menschen, die sich sehr wohl der im eigenen Innern gestellten idealen Forderungen bewußt sind, während daneben andere keine blasse Ahnung von den Richtlinien ihres Benehmens haben. Diese können nach einem Prinzip handeln, das sie vielleicht in frühester Jugend von ihrem Großvater übernommen haben, ohne sich dessen auch nur einen Augenblick bewußt zu sein. Hier finden wir die mechanische Form des Über-Ichs, die nach der Darstellung Alexanders angegriffen

8) James Strachey: Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XXI, 1935.

werden soll. Er vergleicht die Forderungen des Über-Ichs mit einem Gesetzbuch aus vergangenen Zeiten, das den heutigen Umständen nicht mehr angepaßt ist. Nach seiner Meinung wird das Ich von der Anpassung an die Umwelt völlig in Anspruch genommen, und es entsteht erst durch die Analyse in dem Patienten die Einsicht, daß er die bewußte Tätigkeit auch für andere Zwecke benützen kann. Bis dahin geschah die Beherrschung der Triebe, der Emotionen und Impulse in einer automatischen Weise nach introjizierten Regeln, die von den Eltern stammen. Die analytische Kur greift in diese Automatismen ein, indem dem Patienten die Bedeutung seiner Gedanken und Erinnerungen gezeigt wird. Es wird dabei deutlich, daß die innere Ordnung auch vom Ich geschaffen werden kann. Indem der Patient die bequeme Form der automatisch wirkenden Ideale aufgibt, wird er endgültig von der Beeinflussung durch seine Eltern unabhängig. Wenn man gelernt hat, seine moralischen Richtlinien bewußt zu gestalten, so hat das nach Alexander nichts mehr mit dem Über-Ich zu tun.

Die Art der Beschreibung der Wirkung einer psychoanalytischen Behandlung, die Alexander damals gegeben hat, wird den meisten Analytikern heute zu einseitig und einfach scheinen. Sehr extrem auf die Umwelt eingestellte Patienten mögen mit dieser Beschreibung übereinstimmen, die meisten Menschen werden eher ein komplizierteres Bild zeigen. Die meisten Analytiker erfahren deutlich genug, daß die Forderungen des Über-Ichs im Bewußtsein des Patienten erscheinen. Diese Forderungen geben uns gewiß nicht weniger zu schaffen als die Probleme der Umwelt. Man kann auch nicht sagen, daß die Psychoanalyse den Konflikt zwischen Trieb und Ideal zum ersten Mal entdeckt habe. Alle religiösen Formen der Psychotherapie suchen diesen Gegensatz in irgendeiner Weise zu lösen. Die Psychoanalyse hat uns eine viel bessere Einsicht in die Struktur und in die Wirkungen der Triebe gegeben. Was macht sie aber mit dem anderen Faktor des Problems, mit den Idealen? Im Anfang stand man mehr auf der Seite der Triebe als auf der der idealen Forderungen und in den Formulierungen Alexanders finden wir einen Nachklang dieses Mißtrauens gegenüber den Idealen. Man geht von der Meinung aus, daß sie der psychischen Gesundheit schaden können. Heute werden wohl die meisten Analytiker nicht mehr die Meinung verteidigen, daß das Über-Ich vernichtet werden sollte. Sie sehen ein, daß eine solche Aufgabe unausführbar wäre; auch erscheint sie uns nicht als wünschenswert. Man muß Richtlinien haben und es ist unmöglich, sie bei jeder Gelegenheit vernünftig zu begründen. Weshalb sollten wir uns mit unseren Bräuchen und Sitten, mit unseren Gewohnheiten und Prinzipien beschäftigen, wenn wir mit ihnen glücklich sind? Beim Patienten wird aber dieser glückliche Zustand nur selten bestehen. Die Idealisten haben ihm zwar schon längst erzählt, daß er sich ihren Idealen fügen sollte, um glücklich zu sein, aber er hat es versucht und die Täuschung darin entdeckt. In diesem

Fall ist es ihm eine Befreiung, daß der Analytiker keine Ideale voraussetzt.

Wie beeinflußt der Analytiker die Ideale? Zuerst war man der Meinung, daß er sie überhaupt nicht beeinflussen will. Es erschien als einzige Aufgabe zu sehen, wie die Ideale des Patienten beschaffen, wie sie entstanden sind und wie sie sein Leben beeinflussen, um ihm das alles, wenn es nötig wird, bewußt zu machen. Diese erste Antwort war aber zu schön, um wahr zu sein. Sie setzt nicht nur den idealen Analytiker voraus, der die Objektivität selbst ist, sie sieht auch den Patienten als einen Mustermenschen, der sich von der Vernunft führen läßt und der keine besonderen Suggestionen braucht, um seinen Irrtum aufzugeben, wenn ihm die Wahrheit vorgehalten wird. In Wirklichkeit begegnet man dieser angenehmen Situation äußerst selten. Die Ideale zeigen sich als widerspenstige Mächte, die meistens gegen die Einmischung der Vernunft gut gesichert sind. Eine psychologische Erklärung ändert sie wenig, am wenigsten bei einem neurotischen Patienten, der ihnen eine besondere Sicherung entlehnt. Heute wird auch wohl allgemein von den Analytikern zugegeben, daß die Suggestion ein notwendiger Faktor in der Behandlung ist, um die Starrheit der Einstellung des Patienten zu überwinden. Suggestion bedeutet aber mehr als ein Überreden aus vernünftigen Gründen. Die ganze Einstellung des Patienten wird dabei beeinflußt. Dadurch kann eine Änderung im Denken entstehen, indem man zum Beispiel Vorurteile überwindet. Meistens zeigt sich aber die Folge mehr auf moralischem Gebiet. In der psychoanalytischen Theorie hat diese Tatsache insofern Anerkennung gefunden, als dort die Vorstellung entstand, daß der Analytiker im Geiste des Patienten die Stelle des Über-Ichs annimmt. Strachey beschreibt das in etwas subtilerer Weise als die Rolle eines „Hilfs-Über-Ichs". Der Patient regrediert während der Behandlung zu einer Form der infantilen Beziehung, die mit der übereinstimmt, aus welcher das Über-Ich zuerst entstand. Durch diese Regression in der Beziehung zur Autorität wird es möglich, das Über-Ich wieder einmal in den Schmelztiegel zu geben, damit es eine neue Form erhalten kann. Diese Art der Beeinflussung durch eine Änderung der Ideale wird immer mehr als einer der wichtigsten Faktoren in der psychoanalytischen Behandlung betrachtet.

An diesem Punkt entsteht von neuem ein Zweifel an der Objektivität des Analytikers. Der Analytiker, der über andere Psychotherapeuten und über Geistliche gelächelt hat, die die Leute mit Idealen heilen wollen, muß jetzt zugeben, daß er selber die Ideale seiner Patienten zu verbessern sucht. Natürlich, er macht es in einer subtileren Art, so daß der Patient es oft nicht spürt, aber er macht es nichtsdestoweniger. Manche Analytiker suchen den alten Standpunkt zu verteidigen, indem sie hervorheben, daß ihre Wirkung in diesem Punkt bloß negativ sei: sie lösen nur die alten Verbote und Gebote auf, damit der Patient frei wird, seinen eigenen Weg zu finden. Ich gebe gern zu, daß die Ideale in beiden Fällen sehr verschieden verwendet werden.

Wenn man versucht, dem Patienten von vornherein eine neue ideale Einstellung beizubringen, so wird man sich oft unwillkürlich an seinen Narzißmus wenden, indem man den Akzent auf höhere Werte legt. Wer aber den Patienten dazu bringen will, auf besseren Fuß mit seinem Es zu kommen und mit der menschlichen Natur im Ganzen, der will zu allererst ein neues inneres Gleichgewicht im Patienten erreichen. Von diesem Gesichtspunkt aus wird vorausgesetzt, daß die Ideale in Harmonie mit der menschlichen Natur sein müssen, wenn sie ihre Funktion richtig erfüllen sollen. Obwohl ich diesen Unterschied gewiß nicht unterschätzen möchte, scheint es mir dennoch unrichtig, wenn der Analytiker behauptet, daß er nur einen negativen Einfluß ausübe. Wenn er seinem Patienten suggeriert, daß es andere Weisen gibt, sich selbst und die Dinge zu betrachten, als die, welche sein starrer Standpunkt ihm eingibt, so wird er auf den Patienten mittels der eigenen Ideale einwirken. Es mag sein, daß er diesen Einfluß nicht unmittelbar ausübt, weil er es vermeiden will, einen Widerstand hervorzurufen. Die Persönlichkeit des Analytikers läßt sich aber nie ganz ausschalten und sie zeigt sich in seinem Schweigen sowohl wie in seinen Bemerkungen. Der Analytiker mag seine unbewußten Reaktionen gut beherrschen, er mag so objektiv wie nur möglich sein, seine bewußte Persönlichkeit, die sich nach bestimmten Idealen richtet, bleibt nichtsdestoweniger ein wichtiger Faktor in der Behandlung.

Ist der Analytiker berechtigt, seine eigenen Ideale als objektiv zu betrachten? Mit dieser Frage stehen wir mitten in der heutigen Krisis der Werte. Es ist noch nicht lange her, daß die Religion ohne weiteres den Anspruch erhob, in bezug auf geistige und moralische Werte die objektive Wahrheit zu besitzen. Heute werden nicht nur die kirchlichen Formen, sondern die christlichen Lebensziele von verschiedenen Seiten angegriffen. Es scheint, daß das individuelle Ich sich von den Banden der Ideale befreit hat, indem es die Relativität aller Ideale hervorhob. Meistens sehen wir aber, daß das Ich sich über diese Freiheit nicht lange freut. Kaum hat es sich vom Zwang der Ideale befreit, so fühlt es diese Freiheit von anderen Mächten bedroht. Das Ich möchte das Es für die eigenen Ziele benützen, aber es entdeckt bald, daß der Trieb sich oft eher zum Tyrannen als zum Sklaven entwickelt. Manche Menschen versuchen eine neue Lösung dieses alten Problems, indem sie die begeisterten Sklaven ihrer instinktiven Natur sein wollen. Sie suchen sich dann individuell ganz ihren Trieben zu widmen. Ähnliche Versuche entstehen auch kollektiv. Man denke zum Beispiel an Reichs einseitige Bewertung der Sexualbefriedigung oder an das kollektive Machtstreben, das oft mit der Blut-und-Bodentheorie verbunden erscheint. Unter dem Einfluß dieses Chaos von Bewertungen entsteht bei manchen Menschen eine Ahnung, daß Ideale, vielleicht sogar die religiösen Ideale, noch eine andere Funktion haben als die, die Freiheit des Ichs einzuschränken. Können

sie nicht auch dem Ich helfen, seine eigene individuelle Form zu finden? Es scheint mir, daß diese Einsicht in die positive Bedeutung der Ideale auch in der Psychoanalyse wieder mehr zu Geltung kommt. Dabei entsteht dann die Frage, ob das heißt, daß die Psychoanalyse sich für eigene bestimmte Ideale der menschlichen Gesundheit und des menschlichen Glückes einsetzen soll?

Nach meiner Meinung muß man diese Frage sowohl mit ja als mit nein beantworten. Sie muß bejaht werden, insoweit als die Psychoanalyse eine bestimmte geistige Haltung vertritt, Schwierigkeiten gegenüberzutreten. Freud hat uns das Beispiel einer schonungslosen geistigen Ehrlichkeit gegeben und uns zur Pflicht gemacht, den Selbstbetrug unausgesetzt zu entlarven. Er ist allen billigen Formen des Narzißmus zum Feind geworden. Er fordert von uns den Mut, die Wirklichkeit zu sehen. Das sind Ideale, die in manchen Situationen gewiß sehr viel bedeuten, vor allem neurotischen Reaktionen gegenüber. Das soll aber nicht heißen, daß der Analytiker auch andere Ideale propagiert. In anderen moralischen Fragen nehmen die meisten Analytiker den Standpunkt Friedrichs des Großen ein, daß jeder auf seine eigene Art selig werden soll. In dieser Art der Betrachtung kann man wohl eine Verwandtschaft mit dem Protestantismus finden und es scheint mir auch verständlich, daß die Psychoanalyse ihre Anhänger am meisten in protestantischen Ländern gefunden hat. Das Über-Ich hat dort wohl regelmäßig eine mehr persönliche Form und es wird dort ohne weiteres angenommen, daß die richtige Form durch eine bewußte Auseinandersetzung zwischen dem Über-Ich und dem Es gefunden werden wird. Von diesem Gesichtspunkt aus erscheint es auch selbstverständlich, daß das Über-Ich als eine persönliche Form des Erfassens der höchsten Ziele in seinen Formulierungen eine Verbesserung zuläßt.[9]

Die psychoanalytische Behandlung fordert vom Patienten das Äußerste an geistiger Ehrlichkeit. Er soll lernen, sowohl die eigenen unbewußten Neigungen als auch die Ideale nach dem wirklichen Wert zu beurteilen, den sie in der Entwicklung seines persönlichen Lebens haben. Das Ich stellt sich das Ziel, das eigene Leben zu lenken, indem es die Macht der Triebe und die Ziele der Autorität in ihrer Bedeutung versteht. Die metaphysische Basis dieses Gesichtspunktes kann nur im Humanismus gefunden werden. Wenn man von einer anderen Basis ausgeht, indem man zum Beispiel das Über-Ich als den absoluten Vertreter Gottes betrachtet, oder indem man die biologische Basis im Es als absolut auffaßt, so kommt dem analytischen Weg zur Heilung nur opportunistischer Wert zu. Die Analyse kann dann noch innerhalb bestimmter Grenzen angenommen werden. Auch so kann man sich ja der starren Formen des Ichs und des Es bewußt werden, um eine freiere innere Beweglich-

9) Indirekt hat die Psychoanalyse durch die Forderung der ehrlichen Untersuchung aller bestimmenden Faktoren einen großen Einfluß auf moralischem Gebiete ausgeübt.

keit zu gewinnen, wenn man diese Freiheit dann nur in der richtigen Weise gebraucht. Die richtige Weise soll nach dieser Auffassung aber von vornherein bestimmt sein. In solchem Fall mag man dann Gewißheit darüber fordern, daß der Analytiker die religiösen und politischen Überzeugungen des Patienten teilt und dieselbe Sprache der Ideale spricht.

Es sieht leider danach aus, daß wir hier zuletzt auf den Faktor des Glaubens stoßen, wo Vernunftgründe aufhören. Ich werde gewiß nicht leugnen, daß unsere Einstellung dem Leben gegenüber, unsere ganze Lebensanschauung in der Frage nach der Objektivität des Über-Ichs eine große Bedeutung haben. Die absolute Objektivität scheint in diesem Fall noch weniger möglich als bei der bewußten Beurteilung oder bei der unbewußten Konstellation. Im praktischen Leben brauchen wir darum noch nicht zu verzweifeln. Auch hier besteht der Gegensatz zwischen Menschen mit weitem und mit engem Geiste. Natürlich müssen die ersten es sich gefallen lassen, daß sie von den letzteren als zügellos verurteilt werden.

Praktisch findet man nach meiner Meinung zwei Formen der Objektivität in bezug auf Ideale, eine gute und eine schlechte Form, die beide ihre Vertreter auch in der Psychoanalyse haben mögen. Die gute Form ist durch Ehrfurcht gekennzeichnet. Die Ehrfurcht schließt die Kritik nicht aus, aber sie stellt sich vor allem darauf ein, die Absichten eines anderen zu verstehen. Verschiedene Ideale bezeichnen, von dieser Geisteshaltung aus gesehen, verschiedene Arten, dem Leben Form zu geben. Diese Verschiedenheit bedeutet keine Relativität der Werte. Ideale können einander bekämpfen wie die wilden Tiere, aber sie schließen einander nicht aus, ebensowenig wie das eine Tier die Existenz des anderen ausschließt. Wir werden die Ideale einer uns fremden Religion nie richtig verstehen können, wenn wir von vornherein diese Lebensformen ablehnen, indem wir ihnen unsere eigenen Formen entgegenhalten. Objektivität bedeutet in diesem Fall vor allem Anerkennung der Tatsache, daß die subjektive Form des anderen ein gleiches Existenzrecht hat wie die unsrige. Es mag sein, daß wir einen anderen Menschen überzeugen können, daß etwas mit seinen Idealen nicht in Ordnung ist; wir können das aber nur erreichen, indem wir von dem Gesichtspunkt des andern und von seinen inneren Konflikten ausgehen. Wenn er keinen Konflikt hat und wenn es uns nicht gelingt, einen für ihn zu schaffen, so wird nie eine wirkliche Änderung entstehen. Der gute Analytiker soll nicht nur die Konflikte seiner Patienten als seine eigenen annehmen, er muß auch die Ideale der Patienten übernehmen, um deren Bedeutung zu verstehen. Wenn er das tut, so treten augenblicklich die eigenen persönlichen Ideale in den Hintergrund. Es benützt seine eigene Erfahrung und eventuell seine eigene Lebensweisheit, um dem Patienten zu helfen, die Probleme nach dessen eigenem Gesichtspunkt zu lösen.

In Gegensatz zu dieser Form der Objektivität steht eine schlechte Form, die durch intellektuellen Hochmut gekennzeichnet ist. Die Möglichkeit des intellektuellen Vergleichs verschiedener idealer Formen verführt dann zu der Auffassung von der Relativität aller Ideale. Von diesem Gesichtspunkt aus scheint es dann möglich, über alle Ideale erhaben zu sein. Man kann sie schon benützen, so wie man einen Reiseführer in einem fremden Lande braucht, aber man fühlt sich ihnen nicht unterworfen. Man sollte sie nicht zu ernst nehmen. Natürlich haben sie — für diese Auffassung — einen großen praktischen Wert, indem sie Wünsche und Sicherungen der Menschen darstellen, und man sollte die anderen nicht verletzen, weil sie uns sonst angreifen würden. Der weise Mann soll deshalb lernen, in seinen inneren und äußeren Beziehungen mit ihnen auszukommen. Nach dieser Auffassung sollte der Analytiker den Patienten lehren, wie man ein solcher weiser Mensch wird. Der Analytiker wird in diesem Fall seine eigene opportunistische und intellektualistische Einstellung auf den Patienten übertragen, ohne es zu wissen. Er ist selbst von der Objektivität seiner Einstellung überzeugt: er kann sich nicht irren. Der Konflikt im Patienten wird dadurch verkleinert, daß er auf relative Faktoren reduziert wird, mit denen man in geschickter Weise umgehen kann. Wenn der Analytiker behauptet, daß seine eigenen Ideale keinen Einfluß auf die Behandlung haben, so hat er so weit Recht, daß er diese nicht propagiert, weil er sie ebenfalls als relativ betrachtet. Aber seine ganze Grundeinstellung gegenüber den Idealen überhaupt drängt sich unausgesetzt dem Patienten auf. Ich möchte auch hier hinzufügen, daß ich keineswegs an dem Ernst und der Ehrlichkeit solcher relativistischer Menschen zweifle. Ich würde es bedauern, wenn sie sich durch die Bezeichnung des intellektuellen Hochmuts verletzt fühlten, aber diese Bezeichnung scheint mir die einzig richtige zu sein.

Versuchen wir jetzt unsere Betrachtungen über die Objektivität des Analytikers zusammenzufassen. Auf dem Gebiete der Psychologie bedeutet Objektivität nicht ohne weiteres die Ausschaltung der Subjektivität. Sie bezeichnet im Gegenteil ein offenes Verständnis für alle möglichen Formen von Subjektivität, sowohl für die Verirrungen der Menschheit als für ihre höchsten Bestrebungen und auch für die verschiedenen Weisen, auf die das Ich diese Einflüsse zur Einheit und Harmonie zu gestalten sucht. Diese erweiterte Fähigkeit der bewußten Verarbeitung ist Resultat einer inneren Entwicklung. Uns helfen aber dabei die wissenschaftlichen Theorien, die die Erfahrungen anderer in kondensierter Form darstellen. Solche Theorien werden jetzt immer mehr geschaffen. Die Einflüsse des Es wurden zuerst von der Psychoanalyse erfaßt. Die subjektive Struktur des Ichs wird heute immer deutlicher. Ich bin der Meinung, daß hier die Typologie Jungs (wie ich sie auffasse) eine wertvolle Ergänzung bildet. Am allerwenigsten sind die Einflüsse bestimmter Ideale auf das Seelenleben studiert worden. Ansätze

dazu findet man in der Entwicklungspsychologie, in der Betrachtung der Bedeutung verschiedener Ideale für die verschiedenen Lebensphasen und auch in der Religionspsychologie, die die Beziehung zwischen Ideal und Lebensform erforscht.[10] Es mag uns eine unendliche Aufgabe scheinen, auf diesem Gebiet ein objektives psychologisches Verständnis zu erzielen. Wenige werden die Freiheit von Vorurteilen und die Fähigkeit, sich mit Ehrfurcht in andere Lebensformen einzuleben, besitzen. Das heutige Chaos auf dem Gebiete der Werte macht hier aber ein tiefes Verständnis zur Notwendigkeit und die Psychologie könnte hier zu einer Lösung mit beitragen. Wenn wir von der Möglichkeit der Mitarbeit an dieser erhabenen Aufgabe absehen, so bleibt uns die andere Aufgabe, daß wir in der Behandlung unserer Patienten immer besser sowohl die Weisheit als auch die Verirrungen der verschiedenen Ideale verstehen lernen.

10) Vom psychoanalytischen Gesichtspunkt aus wäre es zum Beispiel interessant zu untersuchen, inwiefern verschiedene Ideale verschiedenen Formen der psychischen Gesundheit entsprechen.

Über einige unbewußte Komponenten beim Mord[1]

Von
Philip R. Lehrman
New York

Unter dem Einfluß der modernen Psychiatrie gibt sich die Kriminologie mit dem Grundsatz der „verminderten Zurechnungsfähigkeit", wie er aus dem Fall Mc Naughton (1) entwickelt wurde, nicht mehr zufrieden. Sie hat durch die Psychoanalyse Kenntnis vom Unbewußten als dem fundamentalen ursächlichen Faktor in allem menschlichen Verhalten bekommen und dadurch wurde das Ziel ihrer Vorkämpfer verändert, die eine einzige Erklärung für das außerordentlich komplizierte Problem des Verbrechers gesucht hatten. Sie hat auf die Praxis des Gerichtsverfahrens, in dem Lombrosos (2) Theorie vom Verbrecher als einer anthropologischen Rückschlagsbildung vorherrschend war, Einfluß genommen und in Tardes (3) Lehre, daß die Kriminalität vornehmlich dem Nachahmungstrieb zu verdanken sei, den ersten Ansatz zu einer psychologischen Formulierung gesehen. Aber erst als Freud (4) aufzeigte, daß alle Handlungen, die man früher dem Zufall zugeschrieben hatte, ganz im Gegenteil streng determiniert sind, und mit seiner „Psychopathologie des Alltagslebens" das Bereich des „freien Willens" begrenzt hatte, verband die Kriminologie ihre Interessen mit denen der medizinischen Psychologie; sie scheint aus dieser Verbindung Gewinn zu ziehen.[2]

Man kann nicht behaupten, daß der Psychoanalyse ein großer Zuwachs an Erkenntnis aus ihrer Anwendung auf das Gebiet der Kriminologie erwuchs. Tatsache ist, daß dem Psychoanalytiker wenig Gelegenheit geboten ist, sich mit Verbrechern zu befassen. Seinen engsten Kontakt mit asozialem oder antisozialem Material bilden die Phantasien von Menschen, die in ihrem äußeren Verhalten auffallend gehemmt sind. Selbst die Phantasien sind bei Zwangsneurosen zu Phobien, Versuchungen und Zweifeln in belanglosen Fragen entstellt und Hemmungen werden in der Form von Zwangszeremoniellen als Abwehrdämme gegen antisoziale Handlungen errichtet.

Die Anregung, daß die verbrecherische Handlung ein Symptom sei, kam interessanter Weise aus der Soziologie, als Garofalo (7), Ferri (8) und Bonger (9) die Auffassung formulierten, der Verbrecher sei ein „Opfer

---

1) Vortrag, gehalten auf dem XIV. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Marienbad (6. August 1936) und in der Section of Neurology and Psychiatry, New York Academy of Medicine (13. Oktober 1936). Aus dem Englischen übersetzt von Lilly Neurath, Wien.

2) Bernard Glueck (5) und A. A. Brill (6) haben frühzeitig Beiträge zu diesem Thema geliefert.

der Verhältnisse". Diese Ansicht wird in Plädoyers um Milde gern verwendet und hat auch die Gesellschaftswissenschaft günstig beeinflußt. Fälle von Mördern, die wahllos und zufällig in psychoanalytische Beobachtung kamen, haben tiefliegende Wurzeln auch beim alltäglichsten Verbrechen aufgedeckt. Der gewöhnliche Befund lautet, daß psychotisch motivierte Morde affektiv partiellen Selbstmorden entsprechen, „da sie den verpönten, verhaßten Teil des eigenen Trieblebens in einem Anderen entdecken und töten". Alexander und Staub (10) haben anläßlich ihrer nochmaligen Untersuchung des Falles Lefebvre, den Marie Bonaparte (11) bearbeitet hat, diesen Mechanismus, den sie auch schon in einem ihrer eigenen Fälle beobachtet hatten, gefunden.[3]

So entwickelte sich die Auffassung, daß die Mordhandlung der dramatische Ausgang eines psychischen Ablaufs ist. Sie zeigt in ihrer Struktur die Merkmale neurotischer Symptombildung. Hier tritt auch das Phänomen der Triebmischung auf, libidinöse Elemente sind mit aggressiven Anteilen legiert. Die Gewalttat scheint nicht den vollen Betrag der Aggression aufzuzehren, ein Teil davon wird in eine Art Leiden umgesetzt, das alle Aspekte der Trauer aufweist.

Einige zufällige Beobachtungen führten mich zum Schluß, daß die schizophrene Mordhandlung ein Vorstadium zum Verschlingen des Opfers bildet. Diese Tendenz bleibt in der Realität unausgeführt, wird jedoch unbewußt vollzogen, wie es der trauerähnliche Zustand des Täters beweist. Es besteht dauernde orale Versagung bei erhöhten oralen Ansprüchen, das Opfer scheint den frühesten undifferenzierten Gegenstand der oralen Einverleibung darzustellen. Dieses besondere Element scheint dem psychotischen Mord die Qualität eines Selbstmordes zu verleihen, da in der frühesten Phase der Ich-Objekt-Beziehung das Opfer auch der Repräsentant des Täters ist.

Die folgende Krankengeschichte handelt über einen von einem Schizophrenen begangenen Mord, an dem einige unbewußte Determinanten aufgewiesen werden konnten. Der Mörder, ein unverheirateter Mann von 31 Jahren, arbeitete bei seinem Vater auf einer Farm; seine Hauptarbeit war, die Milch auf einer Station abzuliefern. Eines Tages verabredete er mit einem ehemaligen Freund, ihn auf der Station zu treffen, und tötete ihn ohne jede Warnung mit einem Gewehr. Dann bestieg er seinen Wagen und fuhr, wiewohl er diese Gegend und den Zustand der Straßen recht gut kannte, auf einen sehr schlammigen Nebenweg und blieb stecken. Er stieg aus, ging zu einem nahen Bach und warf sein Gewehr hinein. Dann ging er wieder zur Hauptstraße und wanderte einige Meilen zurück zum Schauplatz seines Verbrechens. Auf dem Wege boten ihm einige Automobilisten an, ihn mitzunehmen, aber er bestand darauf, zu Fuß zu gehen. Er stellte

3) Dieser Fund wurde von Isra Broadwin (12) bestätigt, der die unbewußten Motive bei einem vierzehnjährigen Mörder als „einen aggressiven Akt als Abwehr gegen Selbstmord" beschrieb. G. Zilboorg (13) hat ihn in seinem Bericht über einen Mord, der nach seiner Rekonstruktion sich als „ein plötzlicher triebhafter Ausbruch von Vatermordtendenzen wie auch als psychotisch phantasierter Selbstmord" erwies, noch erhärtet.

sich selbst dem Sheriff und zeigte bei seiner Einvernahme keinerlei Widerstand. Seine Tat erklärte er folgendermaßen:

Der erwähnte ehemalige Freund begann vor zwei Jahren, ihn zu beunruhigen. Der Täter behauptete, daß ein Mädchen, mit dem er befreundet war, „in Verlegenheit" geriet (schwanger wurde) und daß dieser Freund daran schuld war und sich auf seine, des Täters Kosten aus der Affäre zog. Eines Abends, als er mit dem Vater des Mädchens Dame spielte, während sie mutmaßlich im oberen Stockwerk schlief, hörte er ein Klopfen am Fenster. Als er den Vater fragte, was das wäre, sagte ihm der, es wäre nur der Lärm eines vom Winde zugeschlagenen Fensterladens. Er zog aber den Schluß, daß es eben dieser Freund war, der dem Mädchen ein Zeichen gab, sie sollte mit ihm zur Scheune gehen, um dort mit ihm sexuell zu verkehren. Er glaubte, daß der Freund dieses Stelldichein absichtlich auf eine Zeit verlegte, wo er selbst dort sein würde und dann für die daraus entstehende Schwangerschaft verantwortlich gemacht werden könnte. Er behauptete, zu wissen, daß sie schwanger war, denn er „studierte die Natur" und „konnte es aus dem Blick ihrer Augen erkennen. Sie änderten sich täglich und glitzerten, als wäre etwas tot". Er kannte den Lebenswandel seines Freundes, weil sie schon seit etwa fünf Jahren intim miteinander waren. Sein Freund hatte zu ihm Vertrauen und erzählte ihm viele intime Angelegenheiten, wie kleine Diebstähle und Abenteuer mit Frauen. Nach und nach wurde der spätere Mörder immer feindseliger gegen seinen Freund, da sich in ihm der Gedanke festsetzte, er würde wegen der Handlungen seines Freundes beschuldigt werden.

Im Laufe des vergangenen Sommers entstand eine neue Situation. Er wurde der Mutter eines anderen Jugendfreundes gegenüber sehr hilfsbereit und fuhr sie diensteifrig zur Stadt, wenn sie den Markt besuchen wollte. Bei diesen Gelegenheiten kam die Schwester dieses Freundes, ein zwölfeinhalbjähriges Mädchen, mit und während die Mutter beschäftigt war, unterhielt er sich mit dem Mädchen über alltägliche Dinge. Er leugnete, irgendwelche sinnliche Gefühle ihr gegenüber empfunden zu haben. In diesem Zusammenhang kam heraus, daß er niemals Liebe zu Mädchen empfand, daß sie aber ihn liebten (Erotomanie). Die Familie dieses kleinen Mädchens gab ihrer Mißbilligung dieser Freundschaft durch Winke und Anspielungen Ausdruck. Zu der Zeit faßte er den Verdacht, dieses Kind sei schwanger und sein früherer Freund dafür verantwortlich. Seine Schlußfolgerung war auf folgendem Vorfall aufgebaut: Als er einmal im Hause des Kindes saß, „atmete plötzlich die Mutter schwer — im Zimmer roch es wie in einer Säuglingsstube — komischer Geruch — so nach Baby". Er blickte das Mädchen an und wußte, daß sie schwanger ist. Ungefähr zur selben Zeit stand das Mädchen tatsächlich in ärztlicher Behandlung; sie war bei einem Arzt gewesen und dieser gab an, daß sie wegen niedrigen Grundumsatzes und endokriner Funktionsstörungen im Zusammenhang mit Pubertätsveränderungen in Behandlung stand. Pat. folgerte, daß der Zweck ihrer Besuche beim Arzt die Herbeiführung eines Abortus war und daß man ihn für ihren Zustand zur Verantwortung ziehen werde. Am Tage vor dem Verbrechen ging er am Hause des Mädchens vorbei und ihr Bruder verbot ihm das Betreten des Grundstücks. Pat. fürchtete, zu Tode geprügelt zu werden.

An diesem Abend ging er ins Kino und sah „The Trail of the Lonesome Pine". Sein Schlaf war in dieser Nacht unruhig, er dachte unausgesetzt an die schrecklichen Schläge, die ihm gebührten. Um seine Unruhe zu mildern, stopfte er sich mit Speisen voll. Er stand zeitlich morgens auf, nahm ein Gewehr mit auf seine Milchfahrt und führte seine in der Nacht gefaßte Absicht, den früheren

Freund zu töten, aus. Nachdem er sein Opfer erschossen hatte, dachte er daran, einen anderen Mann zu suchen, der einen Konflikt mit seinen Eltern hatte; als aber sein Wagen im Schlamm stecken geblieben war, warf er sein Gewehr in einen Bach in der Nähe. Die eben erwähnte Angelegenheit, die seine Eltern betrifft, berichtete er nur ganz nebenbei. Er verweigerte weitere Angaben darüber und wurde unruhig, wenn man ihn zum Sprechen drängte. Schließlich murmelte er, „ich wollte M. P. töten, weil er Mutter etwas Schreckliches angetan hat. Vater konnte weder essen noch schlafen — wir mußten ihn im Bett halten — er hätte ihn umgebracht — er war den ganzen Sommer lang rasend und das machte die ganze Familie krank. Er hatte seine Kühe sehr gern, aber manchesmal weigerte er sich, sie zu versorgen, wegen M. P. Ich konnte so nicht weiter leben — für etwas, was ich nicht getan habe, beschuldigt zu werden."

Der Vater des Häftlings erzählte bereitwillig von den Schwierigkeiten, die er fünf Jahre lang mit einem seiner Pächter hatte. Während dieses Sommers begann der Vater, die „schmutzigen Reden", die der Pächter gewöhnlich führte, unangenehm zu empfinden; er fürchtete sich besonders davor, daß seine Frau die „Zoten" hören und daß sie verführt werden könnte. Eines Tates vertraute er diese Angst seinem Sohn an; der wurde, als er davon hörte, „blaß, grün, krank und ging hinaus in die Einfahrt und erbrach sich". Unter dem Vorwand, daß sie den Pachtzins nicht termingerecht erhalten hatten, kündigten sie schließlich dem Pächter. Die krankhafte Eifersucht verursachte beim Vater einen Zustand, der ihn bettlägerig machte und mit Verdauungsstörungen, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und Muskelkrämpfen in den Armen einherging. Der Mutter sagte man nichts über die Ursachen seiner Erkrankung oder den Grund der Kündigung, aber Vater und Sohn waren gleicherweise durch diesen Vorfall sehr erregt, da der Vater immer wieder, um sich zu entlasten, seinem Sohn von seiner Angst erzählte, die Mutter könnte durch den Pächter verführt werden.

Aus der psychosexuellen Vorgeschichte des Häftlings führen wir an, daß er mit fünfzehn Jahren zu masturbieren begann und dabei Phantasien hatte, an einer Frauenbrust zu saugen; dies führte bald zu Konflikten, die ihn an Selbstmord denken ließen. Danach hatte er nächtliche Pollutionen, wenn er „von einer Frau, die er niemals gekannt hatte," träumte. Er setzte die Masturbation mit der gleichen Phantasie trotz seines Konfliktes bis vor drei Jahren fort; dann hörte er vollständig auf, litt aber seitdem unter viel häufigeren nächtlichen Pollutionen. Mit einundzwanzig Jahren interessierte er sich für ein Mädchen aus der Nachbarschaft, machte sich aber nicht die Mühe, um sie zu werben. Er fühlte, daß sie ihn liebte (Erotomanie). Wiewohl er weder mit diesem noch mit einem anderen Mädchen je Sexualverkehr hatte, glaubte er, daß sie schwanger wurde, und befürchtete, daß man ihn dafür verantwortlich machen würde. Er ging dann, ohne etwas zu sagen, von zu Hause fort, nahm einiges Geld seiner Mutter mit und verlor es im Spiel. Sechs Monate lang arbeitete er auf Nachbarfarmen und kehrte schließlich nach Hause zurück. Mit achtundzwanzig Jahren gab es eine Steigerung der Askese, plötzliches Aufgeben der Masturbation, aber die nächtlichen Pollutionen im Zusammenhang mit oralerotischen Träumen von einer Frau, die er „nie gekannt", dauerten an. Zur gleichen Zeit wurde er immer feindseliger gegen sein späteres Opfer und gegen seinen jüngeren Bruder.

Die psychiatrische Krankengeschichte ist unschwer zu verstehen und über ihre forensisch-psychiatrische Bedeutung besteht kein Zweifel. Es handelt sich um eine recht typische Entwicklung eines Falles von paranoider Schizo-

phrenie. Mit fünfzehn Jahren litt er an Depressionen, hatte Onaniekonflikte und Selbstmordimpulse. Mit einundzwanzig Jahren bildete er sich ein, ein Mädchen liebe ihn (Erotomanie), und hatte trotz Fehlens jeglicher körperlichen Berührung die Vorstellung, daß sie schwanger und er dafür verantwortlich gemacht würde. Zu dieser Zeit stahl er seiner Mutter Geld, verließ das Heim und verlor das Geld im Spiel. Dann entwickelte er Geruchshalluzinationen über Schwangerschaft, Verfolgungsideen und Angst vor Strafe für sexuelle Handlungen eines ehemaligen Freundes. Das Charakteristische an den sexuellen Rendezvous sah er in ihrer absichtlichen Vereinbarung für eine Zeit, zu der er selbst im Hause des Mädchens mit einem unschuldigen Zeitvertreib beschäftigt war, etwa mit ihrem Vater Dame spielte.

Unser psychoanalytisches Wissen gestattet uns, einige Aufklärungen über die „unbekannte Frau" seiner Träume anzufügen. Sie repräsentiert jemanden, den der Träumer nur zu gut kennt, dessen Bild aber tief verdrängt ist, weil es seine Mutter darstellt. Das Vorhandensein dieser unbewußten sinnlichen Bindung wird durch das eigenartige Verhalten des Patienten mit einundzwanzig Jahren angezeigt. Sie nahm die Formen des Diebstahls, der Flucht und des Verlierens von Besitztümern der Mutter beim Spiel an. Der Mutter etwas stehlen, scheint ein symbolischer Ersatz für erotische und aggressive auf sie gerichtete Regungen zu sein; sie ist ein Objekt des Hasses und der Enttäuschung geworden, weil sie einen kleinen Nebenbuhler geboren hatte. Seine Feindseligkeit gegen den jüngsten Bruder zeigte sich darin, daß er wegen geringfügiger Streitigkeiten sich drei Jahre lang weigerte, mit ihm zu sprechen. Außer den oralen Elementen der Stummheit gegen Bruder und Opfer liegt anderes infantiles Material auch seiner Wahnvorstellung von der Schwangerschaft und den besonderen Umständen ihres Auftretens zugrunde. Jedes Mädchen, das zum Objekt dieses Wahnes wird, bedeutet die Mutter, die mit seinem Rivalen schwanger ist — und ist eine Quelle der Angst, gegen die er unbewußte Abwehrmechanismen der Verleugnung und Verschiebung aufbieten muß (nicht die Mutter ist schwanger, sondern ein junges Mädchen). Im Wege unbewußter Verarbeitung wird aus dem früheren Freund eine Mischfigur — eine Verdichtung aus dem Bruderrivalen, dem einen Elternteil und ihm selbst. Nun tritt seine sexuelle Passivität, die sich von der Urszene herleitet, in Erscheinung: in seinem Wahn, daß sein Freund in seiner Hörweite koitiere. Früher war er der Empfangende bei den Erzählungen des Freundes von dessen sexuellen Abenteuern, in der letzten Zeit war er der Vertraute seines Vaters, als dieser die Verführung der Mutter befürchtete. Diese Episode akuter Eifersucht des Vaters war für ihn von außerordentlicher Bedeutung. Er fühlte sich unbewußt angeklagt, wenn sein Vater ihm von der Begierde des Pächters nach der Mutter erzählte. Es war, als würde mit dem Finger auf ihn gewiesen. In seinen Einfällen gebrauchte er beim Erzählen dieser Episode einen Satz, der

das Vorhandensein dieses unbewußten Schuldgefühls bei den Anklagen des Vaters gegen den Pächter aufdeckt; er sagte: „Ich wollte ihn töten, weil er meiner Mutter etwas Schreckliches angetan hat" usw. und schloß: „Ich konnte so nicht weiterleben — für etwas beschuldigt werden, was ich nicht getan habe."

Aus diesem Bericht hören wir eine Andeutung des Selbstmordes heraus, den er dann in der Ermordung seines Freundes zur Tat machte. Es handelt sich demnach um einen Fall, wo durch Projektion aus einer Selbstmordabsicht ein Mord wurde. Der Häftling reagierte auf seine Tat mit einem Gefühl der Erstarrung, d. h. er entwickelte Depersonalisationserscheinungen — das Gefühl von Erstarrung stellt seelisch den Tod seines Leibes dar. Die organische Untersuchung ergab eine Anaesthesie der rechten Cornea und des Pharynx.

Zwar hatte der Mann eine psychotische Disposition, die sich zuerst in Erotomanie und dann in Verfolgungsideen manifestierte, doch waren die entscheidenden letzten Determinanten seiner Tat von akzidentellem Charakter und spielten als plötzlicher Anstoß zum Mord keine geringe Rolle. In der Nacht vor dem Verbrechen sah er einen Film, „The Trail of the Lonesome Pine". Dieser Film ist die Geschichte einer Fehde, die vor vielen Generationen begann; jede neue Generation ist gegen den feindlichen Clan von Haß erfüllt, obwohl die ursprüngliche Beleidigung längst vergessen ist. Der Haß verzehrt die Kraft der Männer, die ihre ganze Zeit mit fortwährendem Hader ausfüllen. Im letzten Teil der Geschichte schließt der zweite Held des Films, ein junger Mann, nach einer besonders grausigen Szene, in der ein Kind getötet wird, mit dem Oberhaupt des feindlichen Clans Frieden; er wird aber im nächsten Augenblick von einem Sohn dieses Häuptlings niedergeschossen, dieser Sohn wieder wird von seinem Vater für seine verräterische Tat getötet. Hier wird die Ambivalenz der Vater-Sohn-Beziehung in schauerlicher Weise dramatisiert und der ursprüngliche Konflikt als Rivalität von Blutsverwandten aufgedeckt — in dieser Geschichte als Rivalität um die Liebe des Vaters.

Unsere Kenntnis des Unbewußten ermöglicht uns eine genauere Erforschung der psychotischen Verfassung, in der sich der Häftling befand; mag auch der klinische Bericht unvollständig sein, so werden wir doch eine Rekonstruktion des psychischen Ablaufs, der im Mordverbrechen kulminierte, versuchen. Wir beginnen mit den bekannten, aus der Anamnese sichergestellten klinischen Tatsachen. Wir haben gehört, daß im Sommer vor dem Mord der Vater des Patienten an akutem Eifersuchtswahn litt und dem Sohn seine Angst anvertraute, daß ein Pächter, der seit fünf Jahren bei ihnen lebte und der beste Freund des Vaters war, die Mutter zu verführen trachte. Der Sohn reagierte darauf prompt mit Übelkeit und Erbrechen und zeigte so, daß er die Aufregung des Vaters teilte. Die Schulpsychiatrie bezeichnet

einen derartigen Sachverhalt als folie à deux und macht eventuell den Versuch, eine psychologische Erklärung dieses Phänomens durch Suggestion zu geben. Das läßt uns aber noch vollständig im Dunkeln über das konkrete Symptom des Erbrechens, das der Sohn aufwies, das aber in der Symptomatologie des Vaters fehlte. Wir müssen uns um die Erklärung dieses eindrucksvollen Symptoms anscheinend wo anders umschauen und finden sie in unserer Kenntnis der frühesten Periode der Kind-Mutter-Beziehung. In dieser sehr frühen Beziehung ist der Säugling in oraler Abhängigkeit von der Mutter und jede Störung dieser Beziehung manifestiert sich als Eß-Störung, als Verweigerung der Brust oder Erbrechen. Ein Traum, den der Patient im Gefängnis hatte, bezog sich auf ein ganzes gebratenes Rind, das er im Auftrag seines Vaters zuzubereiten hatte; für diesen Zweck sollte ihre Lieblingskuh verwendet werden. Wenn wir uns in diesem Zusammenhang an die Gefräßigkeit in der Nacht vor dem Mord erinnern, können wir die kannibalischen Elemente des Traums, die sich gegen die Mutter richten, feststellen. Wir wollen bei diesem Ergebnis aber nicht zu lange verweilen und es nur festhalten, um die Kausalreihe im Verhalten des Patienten zu erkennen. Wir folgern, daß er die Befürchtung des Vaters, die Mutter an einen Rivalen zu verlieren, teilte; das Symptom des Erbrechens war eine Manifestation dieses Verlustes und stellte den körperlichen Ausdruck einer beginnenden Depression vor. Wir haben Beweise dafür, daß er früher einmal auf eine ähnliche Situation mit Depression und Selbstmordimpulsen reagierte, nämlich mit fünfzehn Jahren, ein paar Jahre nach der Geburt des jüngsten Bruders; später hatte er sich unter einem belanglosen Vorwand konsequent geweigert, mit ihm zu sprechen. Jetzt können wir auch sein Benehmen in diesem Sommer verstehen, daß er jene Freundschaft mit der Mutter einer Ersatzfamilie pflegte und diese Mutter so gefällig zum Markt in die Stadt fuhr. Der drohende Verlust seiner eigenen Mutter an einen Rivalen (der des Vaters ist gleichgesetzt seinem eigenen) veranlaßte ihn, seine Aufmerksamkeiten einer Ersatzmutter zuzuwenden, ihre kleine Tochter in seine Obhut zu nehmen und für sie zu sorgen, während ihre Mutter in der Stadt zu tun hatte. Es ist deutlich, daß er den Kummer und die Sorge, die ihm seine Familie machte, zu mildern suchte, indem er sich einen neuen Familienkreis schuf. Diese neue Situation aber war zum Mißlingen verurteilt, denn die sinnlichen Strebungen mußten zum Vorschein kommen und er konnte sie, da seine psychosexuelle Entwicklung gestört war, nicht entsprechend unterbringen. Diese sinnlichen Elemente waren ganz gewiß vorhanden, aber er nahm sie als nicht zu ihm, sondern zu seiner projizierten Persönlichkeit gehörig wahr, dem Hauptsexualverbrecher seiner Wahnidee. Personen, deren zärtliche und sinnliche Strebungen in so hohem Grade wie bei ihm gestört sind, müssen zu einer Umkehrung ihrer Ödipussituation gelangen. Solche Männer weisen eine passive Bindung an den Vater oder dessen Ersatzpersonen auf und ver-

meiden gleichzeitig die Mutter-Imago durch Eingehen libidinöser Beziehungen zu unreifen Frauen oder ganz jungen Mädchen. Diese Objektwahl geht letzten Endes auf eine sehr frühe narzißtische Stufe zurück und ist nur dem Anschein nach eine reife Objektbeziehung.

Die im Herbst eingetretene Geschlechtsreife des jungen Mädchens war für den Patienten ein verderbliches Ereignis. In seiner dauernden Freundschaft für ihre Familie erblickte diese ein Interesse für das Mädchen — er kam aber selbst der Wahrheit näher, als er betonte, daß er an ihr uninteressiert war. Erotomanie, der Wahn, geliebt zu werden, war — ausgehend von seinen ödipalen Konflikten — sein einziges Bedürfnis. Der Bruder des jungen Mädchens vereitelte die Verbindung des Patienten mit seiner neu gefundenen Familie und damit noch einmal sein Bemühen um Beschwichtigung seiner Angst, seine Versuche, mit der feindlichen Familie Frieden zu schließen, trafen auf scharfe Zurückweisung und so wurden Selbstmordabsichten bei ihm wachgerufen. Der Kinobesuch zeigte ihm einen Ausweg. Er tötete sich selbst, indem er seinen früheren besten Freund ermordete, der nicht nur als Repräsentant seiner Schuld für ihn selbst steht, sondern auch der Nebenbuhler in der Familie und die Ursache seiner Angst war (die parallele Feindschaft gegen den jüngsten Bruder und gegen sein Opfer zeigt das). Es ist kein Zufall, daß das englische Gesetz die verbrecherische Tötung eines Menschen (criminal homicide) als Mord (murder), Totschlag (manslaughter) und Selbstmord (felo de se) beschreibt, denn Mord kann ebenso eine Selbstmordabsicht enthalten, wie Selbstmord ein Mord ist.

Wenn diese Untersuchung eine Schlußfolgerung erlaubt, so mag es die sein: die Kette der äußeren Geschehnisse, die anscheinend eine so unheilvolle Rolle als Antrieb zum Mord spielten, war in Wirklichkeit eine Reihe vergeblicher Lösungsversuche des Häftlings für die Schwierigkeiten, die er zeit seines Lebens hatte und die von unbewußten Faktoren bestimmt waren.

Bibliographie:

1. Weihofen, Henry: Insanity As A Defense In Criminal Law. The Commonwealth Fund, New York, 1933. (Enthält den Fall Mc Naughton).
2. Lombroso: L'Uomo Delinquente („The Criminal") 1876. Zitiert bei: Wyndham, H.: Criminology, 1929, und Healy, W.: The Individual Delinquent. 1915.
3. Tarde, Gabriel. Zitiert bei: Birnbaum, K.: Die psychopathischen Verbrecher. 1914; Goring, Dr. Charles: The English Convict. 1913; Parmele, M.: Criminology. 1918.
4. Freud, Sigm.: Zur Psychopathologie des Alltagslebens. Ges. Schr., Bd. IV.
5. Glueck, Bernard: Studies in Forensic Psychiatry.
6. Brill, A. A.: Psychological Mechanisms of Paranoia; Psychopathology of Crime.
7. Garofalo, Raffaele. Zitiert bei Birnbaum, Goring und Parmele.
8. Ferri, Enrico. Zitiert bei Birnbaum, Goring und Parmele.
9. Bonger, William A. Zitiert bei Birnbaum, Goring und Parmele.

10. Alexander, F. und Staub, H.: Der Verbrecher und seine Richter. Wien, 1929.
11. Bonaparte, Marie. Der Fall Lefebvre. Int. Psa. Verlag, Wien, 1929.
12. Broadwin, Isra: ein unveröffentlichter Fall.
13. Zilboorg, G.: Some Sidelights on the Psychology of Murder. Report of Society Proceedings, Journal of Nervous and Mental Disease, April 1935, Seite 442.

Zur Psychoanalyse der Benzhedrinwirkung[1]

Von
Paul Schilder
New York

Benzhedrin ist ein sympathico-mimetisches Präparat, das chemisch mit Ephedrin und Epinephrin verwandt ist. Prinzmetal und Bloomberg haben Benzhedrinsulphat für die Behandlung von Narkolepsie verwendet. Nicht nur die Schlafanfälle, sondern auch die kataplektischen Attacken wurden günstig beeinflußt. Nach dem Berichte der Firma, welche das Präparat herstellt (French, Kline und Smith), der sich auf die Berichte von Myerson, Prinzmetal und Solomon vor der Boston Society for Neurology and Psychiatry, März 1936, stützt, hat Benzhedrin in kleinen Dosen einen günstigen Einfluß auf die Stimmung. Dieses Resultat ist nicht von einer Trübung des Bewußtseins und einer Charakterveränderung begleitet. Müdigkeit verschwindet. Nach Zeitungsberichten hat Myerson Benzhedrin mit gutem Erfolg in Depressionszuständen verwendet.

Beobachtungen in unserem Spital bestätigen den überraschenden Einfluß auf narkoleptische Schlafzustände und auf die Kataplexie. Es schien wünschenswert, den Versuch zu machen, zu einer tieferen Einsicht in die psychologische Wirkungsweise des Benzhedrins zu gelangen und es bei Patienten anzuwenden, die in Analyse stehen. Arzneimittel mit psychischem Effekt ändern bekanntlich die libidinöse Struktur in tiefgehender Weise. Pharmakopsychoanalyse versucht, die Veränderungen festzustellen, welche in der Libido- und Ich-Struktur unter dem Einfluß von Giften stattfinden. (Vgl. meine „Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage" und meine Arbeit über „die Psychotherapie der Psychosen.") Wichtiges Material findet sich in den Arbeiten von Lindemann und Malamud. Derartige Studien haben nicht nur Interesse an der psychologischen Beschreibung, sondern versuchen, über die Oberflächenphänomene hinaus in die dynamischen Verhältnisse psychoanalytisch einzudringen. Obgleich ich ein weitaus größeres Material zur Verfügung habe, berichte ich hier lediglich über zwei analysierte Fälle, bei denen Benzhedrin benützt wurde.

Fall 1 ist ein 37 Jahre alter Soziologe, der ungefähr 16 Monate von einem anderen Analytiker analysiert worden war und der nunmehr bei mir im siebenten Monate der Analyse steht. Im Vordergrunde des Bildes stehen Angstzustände, wenn er allein ist. Außerdem leidet er an Depressionszuständen, in welchen er sich gehemmt fühlt und unfähig ist zu arbeiten. Während einer solchen Periode nahm er zwei Tabletten à 10 mgr um 10 Uhr morgens. Die analytische Stunde ist am Spätnachmittag. Er hatte mit großer Energie gearbeitet. Er schrieb einen

1) Aus der Psychiatrischen Abteilung des Bellevuespitals, New York, und der Medizinischen Fakultät der Universität New York.

langen Aufsatz und ist nun in gehobener Stimmung; Ideen kommen rasch. Er fühlte, daß diese Ideen besser waren als sonst. Er hatte den Einfall, eine Arbeit über die Geschichte der Zeremonien zu schreiben. Er ist tolerant und freundlich. Er gab dem Liftjungen einen Dollar. Er sprach mit dem Stubenmädchen und fühlte sich zu ihr hingezogen. Sogar seine Schwester war in diese allgemeine Atmosphäre von Freundlichkeit einbezogen. Sexuelle Regungen beunruhigten ihn nicht. „Ich hatte diese Stimmungen früher auch gehabt, ich änderte meine ganze seelische Haltung." Wenn er arbeitet — so berichtet er auch den nächsten Tag —, hat er das Bewußtsein, mit Erfolg zu arbeiten. Während sonst seine Sexualität sich stark bemerklich macht, ist sie jetzt überhaupt nicht in Erscheinung getreten. Er hat das Gefühl großer Energie und Stärke. Er hatte Schwierigkeiten einzuschlafen, aber die Schlaflosigkeit war gar nicht unangenehm. Er fühlte sich „wie aufgezogen und gespannt". Am folgenden Tag ist er mehr verstimmt, apathisch, ohne Energie. Es ist ein richtiger Katzenjammer. Der Patient hatte ähnliche Zustände, aber milderen Grades, nach reichlichem Trinken und nach Sodiumamytal, das er gelegentlich als Schlafmittel benützt. Benzhedrin gibt ihm anscheinend in einer ähnlichen Weise wie Alkohol die Sicherheit, daß er geliebt wird und lieben kann. Es ist eine diffuse Objektbeziehung mit Ausschluß genitaler Strebungen. Analytisches Material zeigt, daß er die Liebe der Mutter und des Vaters wiedergewinnt, die er in der Kindheit vermißt hatte. Er war vorwiegend von einer tyrannischen älteren Schwester auferzogen worden, die, wie das analytische Material ergab, für ihn einen weiblichen Raufbold mit Penis darstellte. Die Eltern waren zwar gütig, zeigten aber ihre Zuneigung nicht, und er fühlt sich der Zärtlichkeiten beraubt, die er im Leben von einer vereinigten Vater- und Mutterimago, die mit einem Penis ausgestattet ist, erwartet. Es ist bemerkenswert, daß er vor dem Benzhedrinversuch einmal in einen ähnlichen Zustand geriet, nach einem Traum, in dem ihm ein kosmischer Strahl die Versicherung gab, daß er geliebt werde und sicher sei. Im Alltagsleben ist er eine sehr liebenswürdige Persönlichkeit, er möchte gerne von allen geliebt werden. Er fürchtet direkte Sexualbefriedigung, die die Liebe der anderen zu ihm beeinträchtigen könnte.

Benzhedrin gibt ihm Befriedigung auf einer Stufe, die nicht völlig genital ist, auf der eine diffuse Objektbeziehung besteht, die nicht nach dem Geschlecht differenziert ist. Wie auch sonst festgestellt, unterdrückte Benzhedrin auch in diesem Patienten den Appetit. Das Resultat der Benzhedrinwirkung ist anscheinend nicht nur von dem Arzneimittel, sondern auch von der Persönlichkeit abhängig. Der Patient fühlte trotz des günstigen Erfolgs wenig Neigung, die Erfahrung zu wiederholen, da er die Nachwirkung fürchtete. Er nahm Benzhedrin nur noch einmal, diesmal 10 mgr, um eine Arbeitshemmung zu beseitigen. Der Erfolg war qualitativ identisch, aber quantitativ geringer.

Fall 2 ist ein 32jähriger Mann, der über leichte Ermüdbarkeit klagt, die ihn verhindert zu arbeiten. Er klagt ferner über einen solchen Grad von Schüchternheit, daß er in seinen gesellschaftlichen Beziehungen gehindert ist. Er schwitzt viel. Die Symptome setzten in seinem 16. Lebensjahre gleichzeitig mit einer schweren Akne ein, die mehrere Jahre andauerte. Die Analyse hat zum Mittelpunkt Szenen, die in seinem vierten und fünften Lebensjahr stattfanden. Er fand

Befriedigung, wenn er auf einem Kissen stampfte, das in der Familie, die deutsch sprach, auch „Kiss me" (Küsse mich) genannt wurde. Das Kissen, das er sehr liebte, stellte ihn selbst dar. Während des Stampfens stellte er selbst ein Mädchen dar, mit dem er gespielt hatte. Durch seine ganze Neurose geht ein tief masochistischer Zug, der in einer aggressiven Zärtlichkeit seiner Mutter den Ursprung nahm. Die Mutter wünschte, ihn klein und abhängig zu erhalten. Kurz nach dem Beginn der Analyse, während der ersten Blüte der Übertragung, machte er eine Periode großen Glücks durch. Er fühlte sich energisch und beinahe unverwundbar. Diese Periode fiel mit der endgültigen Scheidung von seiner Frau zusammen. Diese schwelgte noch mehr als er im Leiden und hatte ihn so in Abhängigkeit erhalten. Auch seine Mutter „litt" ständig, war immer müde, benötigte Ruhe und war immer geneigt, krank zu sein. In einer Periode, in der er sich besonders elend und ermüdet fühlte, erhielt er am Morgen 20 mgr Benzhedrin. Nach 45 Minuten stellte sich die Wirkung ein; während des ganzen Tages spürte er keine Müdigkeit, aber er fühlte eine innere Spannung und Gebundenheit. Er fühlte sich viel stärker. Er brauchte sich nicht anzustrengen, um etwas zu tun. Er war weniger neurotisch, konnte sich mehr auf sich verlassen, war unabhängiger, munterer und voll Leben. Er hatte andere Gefühle zu den Mitmenschen (gerade das Gegenteil jener vom Vortage). Er fühlte keine Benommenheit im Kopfe mehr. Er war körperlich angeregt und bewegte sich ohne Schwierigkeit. Aber er fühlte sich eher grimmig. Er fühlte sich in Gesellschaft besser als sonst. Er war optimistisch. „Ich fühle mich geladen wie eine Batterie, wie eine gespannte Saite, meine Gedanken rasen." Er konnte in der folgenden Nacht nicht schlafen, sein Geist war übertätig. Er dachte eine Liste aus, was er tun würde. Er war nicht schläfrig und las „Alice im Wunderland". Sogar in der darauffolgenden Nacht erwachte er bereits um halb 6 Uhr, obgleich er rasch eingeschlafen war. Er nahm neuerlich zwei Tabletten. Wichtiges Material bezüglich der egoistischen Zärtlichkeit der Mutter kam nunmehr zum Vorschein. Die Mutter spielte mit ihm, solange er klein war, wie mit einer Puppe. Sie puderte ihn immer wieder. Sie zog ihn immer wieder an, und sogar gegenwärtig will sie ihn nicht „aufwachsen" sehen. Sie hält ihn nahe zu sich. „Ich habe dich so gehalten, als du ein Kind warst." Auch bei diesem Patienten sind Sexualverlangen und Appetit beeinträchtigt. Der Patient nahm Benzhedrin wiederholt mit ähnlichem Erfolg.

Auch in diesem Falle bringt Benzhedrin die Mitmenschen näher, aber nicht auf genitaler Stufe. Es hilft in der Überwindung der gesellschaftlichen Isolierung, welche auf masochistischen Einstellungen beruht. In diesem Falle ist die Zunahme an Eigenliebe noch ausgesprochener als in dem anderen Fall. Auch in diesem Falle ist die Reaktion auf Benzhedrin Reaktionen ähnlich, die im Gefolge psychischer Entwicklungen auftreten. Es hilft hier in der Überwindung von Ermüdung, welche auf tiefem Masochismus beruht. Es setzt Objektbeziehungen nichtgenitalen Charakters an dessen Stelle und vermehrt das narzißtische Wohlgefallen am eigenen Körper und an der eigenen Energie. Der Patient kann nunmehr von sich selbst und von anderen geliebt werden.

Wenn man so die pharmakologische Wirkung des Benzhedrins vom psychoanalytischen Gesichtspunkt aus versteht, wird man wahrscheinlich in der Lage sein, Benzhedrin in der Behandlung von Neurosen zu benützen.

Es wird sicherlich nicht Neurosen heilen, aber es mag vom symptomatologischen Gesichtspunkt aus von Nutzen sein und wird auch wichtiges Material im Verlaufe der Analyse zum Vorschein bringen können. Peoples und Guttmann beschreiben ähnliche psychische Wirkungen dieses Arzneimittels.

Gibt man Benzhedrin ohne gebührende Berücksichtigung des psychischen Zustandes des Patienten, dann mögen Müdigkeit, Schläfrigkeit und Hemmung verschwinden, aber der Patient kann eine quälende Rastlosigkeit erleben, die noch unangenehmer ist als das ursprüngliche Symptom. Das war der Fall bei einem Patienten mit narzißtischer Neurose, der Benzhedrin genommen hatte, bevor er in Analyse kam.

Literatur:

Lindemann Erich: The Neurophysiological Effect of Intoxicating Drugs. American Journal of Psychiatry, Vol. 13, No. 5, March 1934, p. 1007—1037.

Lindemann Erich und Malamud William: ibidem, Vol. 13, No. 4, January 1934, p. 853—879.

Peoples S. A. und Guttmann E.: Hypertension Produced with Benzhedrin. Lancet, May 16, 1936, p. 1107.

Prinzmetal, Myerson und Bloomberg Wilfred: The Use of Benzhedrin for the Treatment of Narcolepsy. Journal of the American Medical Association, Vol. 105, p. 2051, December 21, 1935.

Psychoanalyse im hypoglykämischen Zustand

Versuche zur Therapie der Psychosen[1]

Von

Gustaw Bychowski

Warschau

M. D. u. H.! Ich hoffe, Sie werden es mir nicht allzu streng verweisen, wenn ich Ihnen heute über einen Problemkreis berichte, der von den gewohnten Problemen der Psychoanalyse etwas abseits zu liegen scheint und überdies noch keineswegs ausgearbeitet ist. Es handelt sich um Beobachtungen und Gedanken — die ersteren sicher richtig, die letzteren zumindest problematisch —, die sich mir im Laufe des verflossenen Halbjahres aufgedrängt haben. Den Anlaß dazu bildeten die Versuche zur Insulintherapie der Schizophrenen nach Sakel, die ich mit meinen Mitarbeitern an der Warschauer Klinik (Leitung Prof. Jan Mazurkiewicz) eingeleitet und durchgeführt habe. Es ist hier nicht der Ort, auf den Wert der Therapie im allgemeinen näher einzugehen.

Diese Versuche, die wir übrigens unter Abänderung der Methodik alsbald auch auf endogene Depressionen ausdehnten, ergaben vielverheißende Einblicke in den Aufbau der schizophrenen Symptomatik sowie in die Dynamik der Heilungsmechanismen, die im Laufe der Behandlung zahlreich auf den Schauplatz treten. Der Kampf dieser Tendenzen mit den pathologischen Bildungskräften konnte in seiner Wucht und Dramatik wohl noch niemals so klar gesehen werden.

Diese Beobachtungen und Überlegungen führten mich zu Versuchen, die Hypoglykämie mit psychoanalytischen Maßnahmen zu verbinden und zu kombinieren.

Die ersten, für uns grundlegenden Beobachtungen sind folgende: Wir sehen, daß im Zustand der Hypoglykämie die Fähigkeit der Kranken zur Übertragung zusehends zunimmt. Dies geht so weit, daß Kranke, die vorher ablehnend, negativistisch, ja sogar aggressiv waren, in vollen affektiven Kontakt mit dem Arzt treten. In den Anfangsstadien der Behandlung ist dieser Kontakt von kurzer Dauer und man kann beobachten — was zunächst einen recht eigentümlichen Eindruck macht —, wie der Kranke sofort nach Genuß der Mahlzeit (Kohlehydrate) wieder in seine ablehnende Haltung verfällt.

Wir können schon jetzt vermuten, daß ein wichtiger Faktor in der starken Dämpfung, Stillegung der Affektlage vorliegt. So wird z. B. die so häufige depressive und ängstliche Verstimmung wesentlich beruhigt. Dieser Faktor erleichtert wohl nicht nur die Rapportfähigkeit, sondern kann auch zur Be-

---

1) Vortrag, gehalten auf dem XIV. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Marienbad (2. bis 8. August 1936).

seitigung der affektiven Grundlagen mancher Wahneinstellungen beitragen.

Anschließend an solche Beobachtungen sehen wir die ersten Heilungsmechanismen wirken, und zwar — wie ich sie bezeichnen möchte — kleine kathartische Entladungen. Ganz spontan oder unterstützt durch unsere Anleitung, explodieren mit starker Dynamik erregte Berichte, die Bruchstücke der Lebensgeschichte, traumatische Ereignisse enthalten, im Großen und Ganzen ein Material, das bisher so gut wie unzugänglich gewesen. Es ist vorgekommen, daß wir auf diese Weise zur Kenntnis des Namens einer Patientin gelangten, die, von der Polizei als eine Unbekannte eingeliefert, ihr Inkognito hartnäckig gewahrt hatte.

Bei wiederholten hypoglykämischen Zuständen können wir jeweils auf das schon ermittelte Material zurückgreifen und zur weiteren Entladung drängen, falls der Heilungsprozeß nicht von selbst seinen Fortgang nimmt.

Bei weiteren Beobachtungen sehen wir dann die spontan auftretenden korrigierenden Mechanismen nebst solchen, die wir in Gang bringen können. Wir wollen dieselben zunächst kurz schildern, und zwar können wir folgendes unterscheiden.

Die einfache Einsicht: die akut paranoide Patientin, die ihre Abkunft verleugnete und als ihren Vater die beiden in Amerika hingerichteten Anarchisten Sacco und Vanzetti hinstellte, zieht sich von dieser Behauptung zurück und gesteht, ihren Vater nie geliebt zu haben. Es gäbe doch Eltern, die ihre Kinder nicht so zu erziehen vermögen, daß sie in ihnen Liebe erwecken.

Dann die Distanzierung: der Kranke erinnert sich wohl, daß er nach Italien gehen wollte, den Duce zu bekämpfen und das an Abessinien begangene Unrecht wieder gutzumachen, aber er hält das für Unsinn und will einfach nicht mehr davon sprechen.

Die Projektion: die chronisch paranoide Patientin, die sich für eine deutsche Prinzessin ausgibt, überschüttet uns im Augenblick der Remission mit Vorwürfen, wieso wir es gewagt haben, über sie das Gerücht zu verbreiten, daß sie sich für eine Prinzessin halte; das sei doch eine gemeime Lüge.

Auf diesen Heilungsmechanismus bei der Schizophrenie habe ich bereits in einer früheren Arbeit hingewiesen.[2]

Wir können sagen, daß bei unseren frischen, akuten Fällen alle Wahnideen auf ähnlichen Wegen abgebaut werden; auch die Halluzinationen verschwinden in der Hypoglykämie sehr bald.

Dieselben und andere Mechanismen sehen wir am Werke bei chronisch Paranoiden. Das Eigentümliche des Heilungsprozesses in diesen Fällen können wir aber erst dann erfassen, wenn wir den Verlauf als Ganzes berücksichtigen, auch gewinnen wir so den richtigen Einblick in die besondere

2) Über Projektion. Rocznik Psychjatryczny (in polnischer Sprache).

psychoanalytische Problematik der schizophrenen Erkrankung und Heilung.

Wir sehen also, um es zunächst in knapper Formulierung auszudrücken, daß das Ich der Kranken und die pathologischen Gebilde in einem dramatischen Kampfe begriffen sind. Es siegt bald diese, bald jene Partei, so daß der Kranke zeitweise „normal" (ganz oder partiell), zeitweise wieder „verrückt" erscheint. Der Endausgang dieses wahrlich sehr dramatischen und faszinierenden Kampfes interessiert uns einstweilen nicht; umso bedeutsamer sind für unsere weiteren Betrachtungen seine Etappen.

Wir sehen also, um es an einem Beispiel zu demonstrieren, daß eine seit 4 Jahren erkrankte paranoide Studentin aus kümmerlichen Verhältnissen und kleinbürgerlicher Abstammung die Realität in ihrem Wahn völlig umkehrt. Sie sei eine Prinzessin Wittelsbach, verfüge über großes Vermögen, unter anderm über einen Petroleumschacht. Ihre Eltern werden als Erpresser hingestellt, die sie verfolgen und interniert haben, um sich an ihrem Gelde zu mästen.

Wir sehen zunächst, wie nach einer Anzahl von Insulinschocks (tiefes Koma mit pathologischen Reflexen, aus welchem die Kranke mittels Ernährung durch Sonde geweckt wird) knapp nach dem Erwachen für eine halbe Stunde Luzidität auftritt. Die Kranke erkennt ihre Eltern an, ihre Lebenslage, kurz die Realität als solche, dies alles, um nach kurzer Zeit wieder der gewohnten pathologischen Schicht anzugehören. Es ist, als würde sich eine von Nebel umhüllte Gebirgslandschaft für eine Weile vor dem erstaunten Zuschauer auftun.

Im weiteren Verlaufe der Behandlung — deren Details uns ja hier nicht weiter interessieren — kommt es zu immer längeren Intervallen, die zunächst in der Hypoglykämie, dann aber auch weit über das Erwachen hinaus andauern. Schon daraus, daß die Rückfälle immer wieder sozusagen automatisch erfolgen, können wir entnehmen, daß die pathologischen Gebilde nicht zerstört werden. Die Sicherheit über ihr eigentliches Schicksal gewinnen wir vollends, wenn wir während eines solchen Intervalls, das unter Umständen auch einige Tage dauern kann, unsere Kranke länger examinieren. Wir sehen dann, daß sie, die ja jetzt die Realität anerkennt, auf manche Anspielungen unserseits, die den Wahn berühren, mit Gereiztheit reagiert und das Thema meidet oder gar die Unterredung abbricht. Sie benimmt sich also, als wären die pathologischen Inhalte frisch, noch nicht allzu tief verdrängt.

Wir bemerken andere Anzeichen der angebahnten und nicht abgeschlossenen Verdrängung. Es kommt zu merkwürdigen Fehlleistungen. Die Kranke sagt: was hat das mit der Zurechnungsfähigkeit zu tun, ob man seine Eltern anerkennt? Dann verbessert sie sich: ob man jemanden als seine Eltern anerkennt . . .

Die gleiche Bedeutung müssen wir folgender Beobachtung beimessen. Mitten in einer „normal" klingenden Unterredung kommt es auf einmal zu einem völlig pathologischen Einschub. Die Beziehung zu den Eltern wird sozusagen in einem Atemzug in ihrer ganzen Ambivalenz wirksam: die negative Tendenz lebt in den mit drohender Stimme erhobenen Anklagen gegen die sie verfolgenden Erpresser, sofort, unmittelbar daran anschließend wird die Frage nach den Eltern mit völlig normaler Gefühlslage beantwortet. Hat sie denn auch gegen die Eltern Anklage erhoben? — Aber wo, ihnen hat sie ja so viel zu verdanken.

Hiezu kommt eine weitere merkwürdige Beobachtung. Wir sehen, daß unsere Kranke, die schon einige Tage in der objektiven Realität verlebte, in der Hypoglykämie wieder in die Wahnwelt zurückkehrt.

Sakel spricht in solchen Fällen von der aktivierten Psychose und erblickt darin ein wichtiges Kriterium für die noch nicht stabilisierte Heilung und die Indikation zur Fortsetzung der Behandlung.

Wollen wir noch zum Schluß der klinischen Darstellung auf die Stellungnahme der Kranken zum eigenen Erleben eingehen, so bemerken wir auch hier eklatante — wenn auch nicht immer definitive — Wirkungen der Behandlung. An einem Tage erinnert sich die Kranke wohl an manche der Wahnideen, meint aber, sie hätte solches Zeug wohl unter dem Einfluß der Injektionen nach dem Erwachen hervorgebracht.

Am interessantesten aber ist es, zu sehen, daß die Kranke auch zu psychologischer Einsicht, zu einer Art Selbstkritik und Verständnis gelangt, wie wir sie nur bei tief vorgedrungenen Analysen unserer Neurotiker zu erleben pflegen, bei Psychotikern im vorgerückten Stadium aber nie für möglich halten würden. Stellen wir zusammen, was uns die Kranke, die ja — wohlgemerkt — sich nur in einer kurzen Remission befindet, über ihren Charakter mitteilt, so gewinnen wir, von ihr selbst angegeben, die charakterologischen Grundlagen für die Genese ihrer Wahngebilde.

Affektiv war sie immer eher gleichgültig, war immer berechnend, „businessmanlike". Gefühle spielten in ihrem Leben keine Rolle. In der Schule war sie immer die erste, war kolossal eingebildet, dachte, sie sei allen überlegen. Hatte große Ambitionen, wollte berühmt sein und reich werden, was sie besaß, das wollte sie vermehren.

Soweit die Tatsachen. Sie scheinen mir reiche theoretische Ausbeute zu versprechen, wenn wir daran gehen, sie mit unseren psychoanalytischen Begriffen zu erfassen.

Was geschieht bei den ersten Korrekturen? Damit die Verleugnung der Realität, die ja nach Freud[3] den für die Psychose charakteristischen Mechanismus bedeutet, außer Wirkung gesetzt wird, muß dieselbe Instanz geschwächt werden, die seinerzeit diese Verleugnung geschaffen hatte und sie weiterhin mit solcher Zähigkeit verteidigt.

Wenn wir das spezifisch Schizophrene mit dem spezifisch Neurotischen vergleichen, müssen wir uns sagen, daß hier die Triebtendenzen verdrängt sind, dort aber vor allem die Realität der Verdrängung — wir sagen Verleugnung — anheimfällt. Die Zähigkeit, mit der diese „Verdrängung" aufrecht erhalten wird, ist nicht weniger stark als die Gegenbesetzung des Ichs, die die eigentliche, neurotische Verdrängung ausübt. Wir dürfen annehmen, daß es auch beim Psychotiker das Ich ist, das die Verleugnung bewerkstelligt, freilich ein besonderes, im Dienste der Es-Tendenzen verändertes Ich. Dieses Ich richtet sich vorwiegend nach primitiven größensüchtigen Wunschbestrebungen, die in der Realität keine unmittelbare Befriedigung finden können. Sodann richtet es sich nach den gleichfalls primitiven destruktiven Triebtendenzen, die es dazu bringen, in der Realität nichts als Hemmnis,

3) Freud: Neurose und Psychose. Ges. Schr., Bd. V.

Hindernis auf dem Wege zur Wunschbefriedigung zu erblicken und sie mit Haß zu besetzen.[4]

Dieses Ich könnte man also am ehesten als eine Parodie des primitiven Über-Ichs bezeichnen, das, mit dem Es aufs engste verbunden, in sich weder das Sozial-, noch das Logisch- oder Wirklichkeitsnormative aufgenommen hat und sich ausschließlich nach dem infantilen Größenwahn richtet.

Wenn wir nach den weiteren Schicksalen dieses pathologisch verzerrten Ichs urteilen, die es während der Behandlung erfährt, so fällt uns vor allem der Parallelismus in der Besserung der Übertragung und der Korrektur der Wahngebilde auf. Wir getrauen uns zu folgern: Die Verleugnung der Realität hängt mit der ganzen negativen Einstellung, mit der aktiven Ablehnung der Umgebung zusammen. Das pathologisch verzerrte infantile Ich erscheint also nicht nur mit narzißtischer Libido, sondern auch mit destruktiver, von den Todestrieben abgeleiteter Triebenergie stark besetzt.

Was geschieht in der Hypoglykämie? Der hypoglykämische Zustand, der ganze Bereiche des zentralen Nervensystems außer Funktion setzt, schwächt das kranke Ich und macht es Einflüssen von außen zugänglich. Der Zug der Ablehnung, des Negativismus, mit einem Worte, des Widerstandes gegen die Realität — die nächste Umgebung mit inbegriffen — wird herabgemindert, ja sogar aufgehoben. Auf diese Weise können die positiven Übertragungstendenzen zu Wort kommen, während die pathologischen Inhalte an Besetzung verlieren.

Auch die Selbsteinsicht war dem Ich durch das pathologische Pseudo-Über-Ich vermauert, das Bewußtsein als das innere Wahrnehmungsorgan mit Blindheit geschlagen oder vielmehr geblendet durch die Truggebilde — entstanden, sei es im Dienste des primitiven Größenwahnes oder aber als Reaktionsbildungen. Jetzt fällt die Mauer weg, sie wird zumindest durchlässig und läßt die unverfälschten inneren Wahrnehmungen passieren.

Wir sagten, daß uns die weitere Beobachtung die Auffassung nahelegt, daß nun die pathologischen Tendenzen verdrängt werden, topisch also die Rolle der vorhin verdrängten oder — korrekter ausgedrückt — verleugneten Realität einnehmen. Wie sollen wir uns diese Umschichtung erklären? Ich meine, wir müssen uns sagen, daß an Stelle des durch wiederholte Hypoglykämie geschwächten pathologischen Ichs ein normales Ich getreten ist, welches nun wieder seines Amtes waltet und die Verdrängung ausübt. Es ist offen gegenüber der äußeren wie der inneren Realität, es läßt das Normative eines normalen Über-Ichs zu Worte kommen und es entzieht anscheinend die Besetzung den pathologischen Gebilden, die ja, um es noch einmal zu formulieren, die Infektion des kindlichen Ichs durch das Es darstellen.

4) Vgl. G. Bychowski: Aktivität und Realität. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XIX, 1933.

Das Eigentümliche des Prozesses beruht aber, wie wir gesehen haben, darauf, daß diese Verhältnisse zunächst noch sehr labil, leicht umkehrbar sind. Das neu aufgerichtete normale Ich scheint gleichsam ungepanzert, äußerst empfindlich, plastisch, verletzbar. Es ist den Einflüssen von außen in hohem Maße zugänglich, was wir natürlich — wie im folgenden ausgeführt werden soll — therapeutisch verwenden können, was uns aber zwingt, auf psychische Hygiene ganz besonders zu achten, psychische Noxen seitens der Umgebung von den Kranken sorgsam fernzuhalten.

Die Umkehrbarkeit der psychischen Situation zeigt sich aber in eklatantester Weise darin, daß weitere Hypoglykämien wiederum die Verhältnisse umkehren. „Was drinnen war, das ist draußen." Es ist für uns in diesem Zusammenhange gleichgültig, daß bei günstig verlaufender Behandlung diese Umkehrung nur vorübergehend bleibt, das Wichtigste ist uns doch die Feststellung, daß dem in seine Rechte eingesetzten normalen Ich wiederum seine Besetzung entzogen werden kann, daß es diese Besetzung anscheinend wiederum an die Es-Abkömmlinge des primitiven Über-Ichs abgibt.

Wir sahen, daß auch außerhalb der Hypoglykämie bei nicht abgeschlossener Behandlung diese Besetzungen labil sind und nicht gleichzeitig mit einem Male aufgegeben werden. Daher die schichtweise Korrektur der Wahngebilde, die uns besonders klare Einblicke in ihre Struktur gewährt.

Es scheint, daß im Heilungsverlauf zwischen akuten und chronischen Fällen bedeutsame Unterschiede bestehen. Die ganze Darstellung der künstlich geschaffenen Verdrängungsvorgänge scheint eigentlich nur für die chronischen Fälle gültig zu sein. Bei den akuten gewinnt man den Eindruck, daß die pathologischen Inhalte wirklich zerstört werden, indem sie den Weg vom fest Geglaubten über bloß Erinnertes bis zum nicht mehr Erkannten nehmen.

Dieser Unterschied muß offenbar auf der geringeren Verankerung der auch sonst wandelbaren Gebilde beruhen, die durch Gegenbesetzungen und Verleugnungsprozesse noch nicht festgehalten sind, ihre psychische Rolle noch nicht sozusagen einstudiert und tausendfach ausprobiert haben.

Die in der Hypoglykämie gemachten Beobachtungen zeigen mit überzeugender Eindringlichkeit, daß auch bei einem weit vorgerückten pathologischen Prozeß die normalen Mechanismen und Einstellungen nicht nur möglich, sondern sozusagen latent immer zum Aufleben bereit sind. Es muß doch einen starken Eindruck machen, wenn man sieht, wie bei unserer Modellkranken hinter der Projektion des Verfolgungswahnes die normale dankbare Einstellung zu den Eltern auftaucht.

Bevor wir aus allen diesen Überlegungen therapeutische Hinweise ableiten, wollen wir noch einen vergleichenden Blick auf manche Vorgänge werfen, die uns aus der Psychoanalyse der Neurotiker vertraut sind.

Während sonst in den Träumen das Verdrängte zum Durchbruch kommt, sehen wir in der Endperiode mancher Analysen, daß der Patient in den Träumen geradezu gesünder erscheint als in seinem bewußten Verhalten. Sieht man sich dieses Phänomen näher an, so kommt man zu folgender Auffassung: Solange die analytische Arbeit vor allem das unbewußte Triebmaterial durcharbeitete, war das eigentliche Unbewußte die Urquelle des Träumens. Bei genügenden Fortschritten der Analyse ist das Unbewußte so weit geläutert, daß es nicht mehr die alten Verhältnisse darbietet, der Inhalt der Träume hat sich der Norm genähert, die Traumentstellung ist weitgehend behoben. Dieses Normale ist aber wie verdrängt; wieso kommt es im Wachen weniger zum Vorschein? Die Antwort kann nur lauten: Es sind dann wiederum die alten Ichwiderstände im Spiel, Widerstände, ausgehend von dem infantilen, primitiven Ich, das die analytische Arbeit hinter dem bewußten Ich aufgedeckt hat und das jetzt vorbewußt geworden ist. Warum erhebt jetzt dieses vorbewußte primitve Ich (das eigentlich — wie wir es bei der Psychose beschrieben haben — schon ein vom Es infiziertes infantiles Pseudo-Über-Ich darstellt) seine Stimme? Ich meine, wohl deshalb, weil es die bevorstehende Genesung, die Aussöhnung mit der Realität als einen Verzicht empfindet, als eine Einschränkung der primitiven Allmacht, des infantilen Größenwahnes. Die Beobachtung, die Eidelberg[5] beim Studium der Perversion gemacht hat, kann ich voll bestätigen, möchte aber ihren Anwendungsbereich ausdehnen. Diese Endeinstellung des infantilen Über-Ichs, von der der Endwiderstand ausgeht, ließe sich also etwa so formulieren: „Was, das soll schon die ganze mir versprochene, von mir ersehnte Aktivität sein, nicht mehr als das? Erlaubt man (der Vater, der Analytiker) mir sie, so heißt das, daß die anderen, die Großen, für sich doch etwas Besseres, Größeres reserviert haben."

Die schon gewährte, erlaubte Aktivität erscheint so dem Kranken als eine ihm heimtückisch aufgezwungene. Die narzißtische Libido, konzentriert im infantilen Über-Ich, erschwert so die Korrektur und es bedarf langer analytischer Arbeit, um in einem solchen Falle diese Libido zu mobilisieren und sie der Übertragung dienstbar zu machen.

Bei den Schizophrenen bietet die narzißtische Libido, konzentriert im pathologischen Pseudo-Über-Ich, jeglicher therapeutischen Beeinflussung Widerstand. Der hypoglykämische Schock scheint diese Besetzung zu lockern, die Libido wird wieder verwendbar, sie kann auf die Umgebung übertragen werden, das primitive Über-Ich aber, als Träger des Größenwahnes, kann aufgegeben (verdrängt) werden.

Wie können wir diese biologisch bedingten Prozesse psychotherapeutisch

5) L. Eidelberg: Zur Theorie und Klinik der Perversion. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XIX, 1933.

nutzbar machen und fixieren? Das ergibt sich zum Teil von selbst aus unseren bisherigen Überlegungen.

Wir versuchen vor allem die kathartischen Lösungen, sei es zu provozieren, sei es zu fördern und zu leiten. Mit dem gewonnenen Material können wir vorsichtig weiter arbeiten, die Absperrung des Kranken immer mehr überwinden und ihn an uns zu fixieren trachten. Wir versuchen in der Hypoglykämie, und zwar in der Zeit vor dem Erlöschen des Bewußtseins und auch bald nach dessen Wiederauftreten, die Korrektur stufenweise anzubahnen. Dabei sind die Ichwiderstände aufs sorgfältigste zu berücksichtigen, indem man jeweils nur ein kleines Stück der pathologischen Realität beseitigt und dafür die normale einsetzt.

Der Verzicht auf den infantilen Größenwahn erfordert Entschädigung. Diese muß dem Kranken dadurch gezeigt und zugänglich gemacht werden, daß man ihm Wege der Befriedigung in der Realität aufzeigt, die sowohl seinen Trieben als auch vor allem seinem Narzißmus Rechnung tragen.

Dank der wachsenden Bindung an die Umgebung kann es vielleicht gelingen, die infantilen Ängste des Verfolgungswahnes zu neutralisieren, die Haßprojektionen rückgängig zu machen.

Die ganze besonders umsichtige Behandlung seitens der gesamten Umgebung hat der weitgehenden Vulnerabilität und Plastizität des neuen, heranwachsenden, erst zu schaffenden und zu kristallisierenden Ichs Rechnung zu tragen.

Wenn Sie mich zum Schluß fragen, wie weit wir mit allen diesen Betrachtungen und Vorschlägen praktisch kommen können, so muß meine Antwort ziemlich unbestimmt lauten. Die Zahl und die Zeit der Beobachtungen ist noch nicht ausreichend, um ein definitives Urteil fällen zu können. Alles in allem glaube ich aber, daß uns in der Schockbehandlung eine Möglichkeit gegeben ist, auch solche Fälle der psychotherapeutischen Beeinflussung zugänglich zu machen, die bisher ziemlich unzugänglich waren. Die theoretische Ausbeute aber scheint mir nicht weniger wichtig und vielversprechend.

MITTEILUNGEN UND DISKUSSIONEN

Familienneurose und neurotische Familie

Bericht über den IX. Kongreß der Psychoanalytiker französischer Sprache 1936 in Nyon

Von
René Spitz
Paris

In der psychoanalytischen wie in jeder anderen wissenschaftlichen Forschungsarbeit gibt es eine Reihe von Problemen, deren Lösungsmöglichkeit jeweils eintritt, wenn das vorhergehende erledigt oder zumindest beleuchtet wurde. Der Anschein einer fast geheimnisvollen Simultaneität der Problembewältigungsversuche in voneinander weit entfernten Ländern ergibt sich dadurch — obschon es eigentlich selbstverständlich ist, da man, um ein Problem in Angriff zu nehmen, erst jene Verbindungen erarbeitet und erfaßt haben muß, die es erlauben, das Problem überhaupt als solches zu sehen. So war es notwendig, sich längere Zeit mit der Analyse des Kindes zu beschäftigen, um zu erfassen, daß diese in eine umfassendere Fragestellung einmündet, in die Frage der Gegebenheiten der Familie des zu analysierenden Kindes. Mengengemäß haben sich in den letzten Jahren analytische Daten dieser Natur soweit gehäuft, daß wir uns nicht weiter zu wundern brauchen, wenn zum beinahe gleichen Zeitpunkte, obschon räumlich getrennt, ein Kongreß der Analytiker französischer Sprache (Congrès des Psychanalistes de Langue Française) am 10. April 1936 in Nyon am Genfer See die Frage der Familienneurose zur Bearbeitung auf die Tagesordnung setzte und wenige Wochen später Aichhorn in Wien, im Rahmen einer größeren, der Technik der Erziehungsberatung gewidmeten Arbeit Grundsätzliches über den Libidohaushalt der Familie als Faktor bei der Behandlung schwer erziehbarer, verwahrloster und neurotischer Kinder mitteilte.

Die Verschiedenheit der Ausgangspunkte, der Arbeitsmethoden und der Ziele macht wohl selbstverständlich, daß sehr wesentliche Unterschiede in der Art bestehen, in welcher von diesen zwei Seiten an das Problem herangegangen wird, und wir wollen daher eine oder die andere Überlegung, ein oder das andere Beispiel aus der Arbeit von Aichhorn zum Vergleich heranziehen. Wie bei französischen Kongressen üblich, halten zwei Referenten an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je einen ausführlichen Vortrag über das Thema. Die übrigen Mitglieder des Kongresses nehmen dann in längeren Diskussionsbemerkungen zu diesen Vorträgen Stellung.

Der erste Referent war Laforgue. Er betitelte seinen Vortrag „La névrose familiale" und vertritt den Standpunkt, daß die Familienneurose eine Erscheinung sei, die jedem Analytiker längst bekannt, jedoch bisher nicht als solche umschrieben worden ist. Er sieht das Wesentliche der Familienneurose

darin, daß ein neurotisches Mitglied der Familie sozusagen die Neurose der übrigen Familienmitglieder auslöst, verursacht, in Gang hält. Als Beweis dafür zitiert er jene Fälle, in welchen es genügt, einen Elternteil zu analysieren, um damit die Neurose der Kinder, eventuell sogar die des anderen Elternteiles zum Verschwinden zu bringen. Diese Behauptung belegt er durch eine Reihe von Beispielen, in welchen er mehrere Mitglieder ein und derselben Familie analysiert hat.

Was uns bei seinen Beispielen frappieren würde, ist die Konstanz, mit welcher in den betreffenden Ehen frigide, sadistische, aggressive Frauen Männern gegenüberstehen, die teils masochistisch, teils homosexuell sind.

Interessant ist Laforgues Feststellung, daß es in solchen Fällen der Familienneurose nicht gleichgültig ist, welches Mitglied der Familie man zuerst in Analyse nimmt. So wäre einem masochistischen Mann z. B. gar nicht damit gedient, wenn seine Frau in der Analyse auf ihre Aggressionen, ihre Neigung, ihn zu demütigen, verzichtete; er wäre in diesem Falle gezwungen, sich solche Demütigungen und Mißerfolge anderswo zu holen. Hier zeigt uns Laforgue eine bekannte und wesentliche Seite des Problems auf, nämlich die, daß dank der direkten Verständigung des Unbewußten die Ehegatten sich gegenseitig in Ergänzung der eigenen Neurose wählen. In einem solchen Falle wie in dem obengenannten hat nach Laforgues Meinung die Analyse mit dem Manne zu beginnen; das Verhalten der Frau und der Kinder werde hierauf wesentlich normaler und unneurotischer werden. Kinder, die aus der Ehe masochistischer, homosexueller Männer mit frigiden, aggressiven Frauen entstammen, sind auch neurotisch, und zwar sind nach Laforgue in diesen Fällen die Knaben homosexuell, die Mädchen in Identifizierung mit der Mutter frigid und aggressiv mit starker Kastrationsneigung. Jedenfalls ergebe eine solche Familienneurose bei sämtlichen Familienmitgliedern eine sexuelle Regression.

Laforgue stellt noch fest, daß bisher von der Familienneurose zu wenig gesprochen wurde, im wesentlichen nur von Freud in seinen Bemerkungen über die Bildung des Über-Ichs, und zwar speziell in der Darstellung der Über-Ich-Bildung nach dem großelterlichen Ideal, wie dies in der „Neuen Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse" geschieht. Die Neurose sei ein kollektives Phänomen, welches die unmittelbare Umgebung, nämlich die eigene Familie in seine Kreise zieht: Hier erfährt die Neurose durch Interferenz,[1] wie auch durch Verstärkung der gegenseitigen Neurosen eine wesentliche Veränderung, hier wird die Neurose durch das Milieu entscheidend beeinflußt. Daher fordert Laforgue, daß die Neurosen bekämpft werden durch eine stärkere Verbreitung der Psychoanalyse, durch ein Heranziehen des Erziehungspersonales zur analytischen Ausbildung.

Die darauf folgende Diskussion bemängelte vor allem das Fehlen einer Definition der Familienneurose, die kein zirkumskriptes Krankheitsbild, kein konstantes Syndrom von Symptomen wäre, sondern eine unendliche Varietät von Bildern darstellt. Es sei zu vermuten, daß verschiedene Formen der Familienneurose

1) Interferenz (der Physik entnommener Begriff), Schwächung, bezw. Verstärkung von Wellen, bedingt durch deren Aufeinandertreffen. Beispiel für Interferenz durch Zusammentreffen mehrerer Neurosen: Leubas erster Fall, S. 551.

sich entwickeln, je nachdem ob es sich um ein infolge Ansteckung durch eine oder mehrere Neurosen verseuchtes Milieu handelt oder etwa um ein Milieu, das geschaffen wurde durch die gegenseitige Beeinflussung von mehreren Neurosen, eventuell durch deren Interdependenz.[2] Weiterhin wurde auf die Verschiedenheit der möglichen Ausgänge in den verschiedenen Familiensituationen hingewiesen; die Geschwistersituation z. B. spielt eine entscheidende Rolle. Es muß zu Unterschieden in der Neurosenbildung kommen, wenn es sich um ein einziges Kind oder um mehrere Kinder, wenn es sich um gleichgeschlechtliche oder um verschiedengeschlechtliche Kinder handelt oder wenn das ältere Geschwister ein Bruder oder eine Schwester ist.

Dem Einwand, daß die Definition der Familienneurose nicht gegeben wurde, begegnete Laforgue mit einem Hinweis auf den am nächsten Tage stattfindenden Vortrag Leubas. Im übrigen erklärte der Vortragende an diesem wie auch am nächsten Tage, daß es durchaus unwesentlich sei, im Augenblicke eine festumrissene Definition eines Krankheitsbildes zu geben, man möge sich sogar hüten, sich in dieser Beziehung festzulegen; es genüge vorläufig, den Tatbestand der Existenz der Familienneurose festgestellt zu haben. Nunmehr müßten wir unsere Aufmerksamkeit der Ausarbeitung dieses Problems widmen.

Am nächsten Tage hielt Leuba seinen von gallischem Witz sprühenden Vortrag, den er „La famille névrotique et les névroses familiales" nannte. In geistvoller Weise leitete er ihn damit ein, daß ihm der Titel eigentlich falsch erscheine, es schiene ihm natürlicher, nach Art eines Zeremonienmeisters anzukündigen: „Meine Herren, die Familie." Man ersieht hieraus, daß Leuba den Gesichtspunkt vertritt, daß die Normal-Familie und dementsprechend auch das Normal-Individuum nicht existiert, daß die Kinder keinen gefährlicheren Feind als ihre Eltern haben. Er wählte daher als Motto seines Vortrages ein Zitat aus dem Stück „Poil de Carotte": „La famille est une réunion de gens qui se détestent et qui sont obligés de vivre ensemble." Er ergänzte diese Definition durch die Postulierung einer „Normal-Psychopathologie", die Psychopathologie derjenigen Menschen, die ihre psychischen Defekte in genügender Weise in die gesellschaftliche Struktur, ob nun scheinbar oder wirklich, einzubauen vermocht haben. Dementsprechend ist seine Neurosen-Definition eine empirische: die mißlungene Anpassung. Die Familienneurose definiert er, absichtlich unbestimmt bleibend, als Familiensituation, in welcher ein oder beide Elternteile die Neurose der Nachkommenschaft provozieren, richtiger: induzieren, analog der elektrischen Induktion.

Wie auch bei Laforgue erwähnt, prädominiert in der großen Anzahl der von Leuba dargestellten Fälle (es sind etwa 13 Familien, die er beschreibt) die frigide, herrschsüchtige Frau.

Ein zweiter für die Familienneurose besonders charakteristischer Faktor ist nach seiner Meinung die Zwangsneurose oder die zwangsneurotischen Züge

2) Interdependenz (von K. Mannheim stammender geschichtsphilosophischer Begriff), Ermöglichung des Zustandekommens und Funktionierens mehrerer Handlungsgefüge durch deren Ineinandergreifen. Beispiel dafür der auf S. 555 zitierte Fall von Aichhorn.

eines Familienmitgliedes. Ich werde noch darauf zurückkommen, warum gerade diese beiden Momente eine so große Rolle spielen.

Leuba wählt seine Beispiele weniger aus den manifest neurotischen als aus den sogenannten gut bürgerlichen Familien, die vom Gesichtspunkte der sozialen Anpassung durchaus nicht besonders auffallen, jedoch vom ärztlichen Gesichtspunkt als durchaus pathologisch anzusprechen sind.

Als Beispiel für die sozial angepaßte Bürgerlichkeit stehe jene alte, gutbürgerliche provinzielle Familie, in welcher die Frauen, Mütter und Töchter, frigid, die Männer, Väter und Söhne, Staatsanwälte sind. Alle männlichen Mitglieder der Familie heirateten Frauen, von denen sie unter dem Pantoffel gehalten wurden und die zugleich das Familienvermögen durch geschickte Börsenspekulation mehrten. Diejenigen Söhne, die nicht guttun wollten — lies: das Vermögen gefährdende Frauen wählten —, wurden durch einen Familienrat mit Hilfe des Familienstaatsanwaltes in einer Anstalt untergebracht.

Der letzte dieser Staatsanwälte starb an den Folgen einer spät erworbenen Syphilis, die er seiner Gattin mit Erfolg verheimlicht hatte. Es verblieben Mutter, Tochter und Sohn und seit zwanzig Jahren lebt diese Familie nun weiter, veränderungslos wie ein Haus von Toten, vorsichtig, aber bequem. Die herrschsüchtige Mutter, die ihren verachteten Gatten versklavt hatte, kompensiert ihre heimliche Verachtung, indem sie dem einst Verachteten einen geradezu religiösen Kult widmet. Das erhöht den Glanz der Familie und ermöglicht der Mutter, dem Verstorbenen stets die Verantwortung mit den Worten zuzuschieben: „So hätte dein seliger Vater gehandelt, wir wollen es ebenso halten." Ihre Kinder hatte sie „kastriert", denn ihre Tochter ist an sie fixiert und ihr Sohn hat auf jegliche Sexualität verzichtet. Dafür ist er der große Mann der Familie, sammelt Doktorgrade, beschäftigt sich mit der Kompilation wissenschaftlicher Arbeiten, die ohne jeden eigenen Gedanken eine Anhäufung wertvoller wissenschaftlicher Daten darstellen. Ohne je eine sexuelle Beziehung gehabt zu haben, führt er das Leben eines alten Männchens, Sklave von tausend Zeremonien, die seine Familie sorgfältig einhält. Seine Diät wird durch den Familienrat beschlossen, seine Medikamente nimmt die ganze Familie, inklusive des Dienstmädchens, mit ihm.

Die Schwester widmet sich einer charitativen Tätigkeit, der sie jedoch nur finanzielle Opfer bringt; denn sie steht ihrer Tätigkeit mit einer tiefen seelischen Verständnislosigkeit gegenüber.

Alles in allem ist diese Familie, inklusive der alten Bedienerin, eine homosexuelle Vereinigung, in welcher die Frauen maskulin und maßlos männerverachtend sind und das einzige physisch männliche Mitglied auf seine Männlichkeit aus psychischen Gründen völlig verzichtet hat. Der Zusammenhalt dieser Familie ist bedingt durch die gegenseitige Anpassung der individuellen Egoismen, richtiger gesagt, Neurosen. Von außen gesehen ist diese Familie normal. Sie lebt zurückgezogen, wie so viele bürgerliche Familien, doch sind ihre Kontakte mit der Außenwelt normal, sie üben Wohltätigkeit aus und geben den Eindruck einer wohlgegründeten stabilen Gemeinschaft, die sich der allgemeinen Wertschätzung erfreut, — mit einem Wort: Stützen der Gesellschaft. Von innen freilich herrscht, obwohl nie ein lautes Wort fällt, eine peinliche Spannung; denn seit zwanzig Jahren rächt sich der Sohn für den Gehorsam, den er der Mutter zu verweigern

nicht wagt, durch ein verachtungsvolles und beharrliches Schweigen. Vom ärztlichen Standpunkt freilich muß man diese Familie eine neurotische nennen. Sowohl der soziale Gesichtspunkt wie der ärztliche behalten in diesem Falle recht, ein Beweis dafür, wie schwer es ist, die neurotische Familie zu definieren.

Ein zweites Beispiel Leubas zeigt die Übermittlung der Neurose von einer Generation an die andere. Bereits die Urgroßmutter sperrte sich im Zimmer ein und mußte unter Betten und Schränke schauen, ehe sie sich niederlegte. Ihre Tochter hat in der Wirtschaft spezielle Riten und Zeremonielle, nach denen die Möbel gestellt sein müssen, und Veränderungen provozieren stürmische Szenen. Deren Tochter ist die Patientin Leubas und hat eine gut entwickelte, paradigmatische Zwangsneurose. Die Tochter der Patientin, die Urenkelin, hat das Ritual des Zubettgehens auszuführen, indem sie mit Hilfe eines Stockes alle Möbel durchsucht, alle Laden; das durchsuchte Zimmer wird verbarrikadiert und so geht es von Zimmer zu Zimmer, bis schließlich das Schlafzimmer übrigbleibt und man sich in dieses einsperrt. Alle diese Frauen haben überdies die Gewohnheit, miteinander zu schlafen; die Patientin mit ihrer Tochter, die sich am Morgen im geheimen — der Vater durfte davon nichts wissen — in das Bett der Großmutter schlich. Diese dagegen schlief mit der eigenen Mutter und mit der Tochter der Patientin abwechselnd. Angesichts dieser Promiskuität der Schlafgewohnheiten jener Frauen kamen die Männer nicht mehr auf ihre Rechnung und schliefen ihrerseits bei anderen Frauen.

Das Vergiftende dieser Art von Frauen ist ihr Männerhaß. Die erwähnte Kranke hetzte seit frühester Jugend ihre Kinder gegen ihren Gatten, einen im Grunde ganz braven Mann. Die Kinder waren für die Frau ein Penis-Ersatz. Daher nährte sie den Ältesten bis in sein drittes Jahr, so daß er bis heute keine andere Nahrung als breiige verträgt. Sie ermutigt die Kinder, den Vater anzulügen, ihn zu betrügen, und macht sie zu ihren Komplizen. Die Kinder haben daher eine solche Verachtung für den Vater, daß sie gar nicht zu ihm sprechen, ihm kaum antworten, und ihr Lieblingsspiel ist, während der Reisen des Vaters sich auszumalen, was jeder von ihnen tun würde, wenn ein Telegramm käme, das des Vaters Tod durch Eisenbahnunfall mitteilt. Das Ergebnis war bei allen dreien eine dauernde Angst mit ununterbrochener Unruhe; der einzige Gesetzte der Familie war der Vater; doch ihm gegenüber wahrten die drei Komplizen das Geheimnis, obschon Bruder und Schwester einander gründlich haßten, weil ein jedes auf die Mutter eifersüchtig war. Schließlich suchte der Vater, des Kampfes gegen die Koalition müde, auswärts Trost und wurde dank der Intuition seiner Frau selbstverständlich sofort bei seiner Untreue ertappt. Mit lauten Klagen rief die Mutter die Welt und ihre Kinder als Zeugen ihres Unglückes und der Unwürdigkeit ihres Mannes an.

Diese zwei Beispiele mögen genügen. Leuba ging noch auf die Frage der Erblichkeit der Neurosen ein, worüber nach seiner Meinung wenig auszusagen sei. Er sprach ferner von jenen Fällen, in denen ein Vater mit überstrengem Über-Ich der Ausgangspunkt der Familienneurose ist. In diesen Fällen ist das Bild ein anderes: Zu dem Vater mit dem überstrengen Über-Ich gehört meist eine unterdrückte depressive Frau und Homosexualität sowohl bei den Töchtern wie bei den Söhnen.

Zum Schlusse stellt Leuba noch einige Erwägungen über die Frage an, ob die durch die verschiedenen Religionen gesetzten Unterschiede in der sozialen Haltung voneinander differenzierbare Neurosen ergäben. Er kommt zu dem Resultat, daß bei einer Hierarchie der Sünde und der Strafe das Schuldgefühl sich nicht anhäufen kann und dadurch die Offenherzigkeit gefördert wird. Wo dagegen die Hierarchie der Sünde und der Strafe fehlt, wird der Mensch durch das sich anhäufende, immer stärker werdende Schuldgefühl zur Vergöttlichung der Verdrängung gezwungen, was eine gewaltige Entwicklung des Masochismus und der Minderwertigkeit, sowie eine Unterdrückung der Aggressionen zur Folge hat. Das Endergebnis ist eine skrupelerfüllte, zwangsneurotische Denkform, eine sehr starke Gehemmtheit und die Unfähigkeit, sich aufrichtig mitzuteilen.

Bei jenen Glaubensbekenntnissen, die eine besonders strenge oder eine übermäßig milde väterliche Haltung fördern, sei die Potenzstörung häufig. Auch hier verleihen zurückgedrängte Aggressionen dem Denken eine zwangsneurotische Form, wobei dieses Denken dadurch, daß die Aggressionen gegen die eigene Person gerichtet sind, einen masochistischen Anstrich bekommt.

Wo solche Vaterfiguren ergänzt werden durch Mütter, die ihre Zärtlichkeit ihren Kindern gegenüber ungehemmt äußern, werden die Kinder in ihren Beziehungen zur Außenwelt auch ungehemmter. Als Erwachsene leben sie nach außen und nehmen Anteil an der Mitwelt.

Wo jedoch auch die Mutter ihre Zärtlichkeit zurückdrängt, was oft aus religiösen Gründen geschieht, bleiben die Kinder viel mehr an die Mutter fixiert, häufig in negativer und aggressiver Weise. Sie bleiben ans Haus, an das mütterliche Symbol gebunden, müssen um Erlaubnis bitten, es mit Bedauern verlassen.

Leuba selbst bezeichnet diese Verallgemeinerung als oberflächlich, meint jedoch, daß die Religionszugehörigkeit den Neurosen eine gewisse Färbung verleiht, die er freilich weniger den Glaubensbekenntnissen als den sozialen Haltungen zuschreibt, die durch die Religionen bestimmt werden. Wenn schon die Zwangsneurose oder die Angsthysterie sich auf der ganzen Welt gleich bleiben, so betreffe die Gleichheit nur die Mechanismen, nicht die Inhalte der Neurose.

Als Behandlung und Prophylaxe der Familienneurose empfiehlt er eine Reform der Menschheit, an welcher der Analytiker durch die Verbreitung der Analyse unter den Erziehern und den Ärzten mitarbeiten kann.

Hiezu schlägt er vor, unsere Zeitschriften weniger technisch und dem Publikum verständlicher zu gestalten, sowie den Kontakt mit den ärztlichen Gesellschaften zu pflegen.

Leubas Vortrag provozierte eine angeregte Diskussion. Es wurde hervorgehoben, daß ein strenges Über-Ich auch seine Vorzüge habe und daß es keineswegs angehe, einem Kinde nur Gewährung zuteil werden zu lassen, — Versagungen seien in der Erziehung notwendig.

Auch Leubas Neurosendefinition empfand man als unzulänglich. Es wurde daran erinnert, daß die Neurose durch eine Störung der Sexualität charakterisiert sei, daß die Wiederherstellung der Gesundheit als Kriterium die Wiederherstellung der sexuellen Potenz habe.

Zu lebhaften Meinungsverschiedenheiten gab die Frage Anlaß, ob die

Differenzen in der Neurose in der Verschiedenheit der Religionen begründet sein können. Einesteils wurde betont, daß die Mechanismen auf der ganzen Welt die gleichen seien und daß höchstens die Inhalte der Neurose sich ändern könnten. Die durch die Familie verschuldeten Fixierungen seien nur ein Teil der Neurose. Einen sehr wesentlichen Teil der Anlässe zur Neurose fand man in nicht milieubedingten, extra-familiären Faktoren.

Schließlich wurde daran erinnert, daß Freud in einer Diskussion über Erziehung einen wertvollen Hinweis für das Studium der Familienneurose gegeben hat. Er sagte, die ärgste Verwahrlosung trete bei jenen männlichen Jugendlichen ein, in deren Antezedenzien einerseits ein überstrenger, gegen den Sohn feindseliger Vater und andererseits eine immer verzeihende, für den Sohn zu jedem Opfer bereite Mutter nachzuweisen sind. Diesen Jugendlichen kann im Prinzip nichts geschehen, denn sie haben unter allen Umständen die narzißtische Sicherung der mütterlichen Liebe und sie vollführen daher entstellte Ödipusverbrechen.

Ehe ich meine eigene Stellungnahme zu den Fragen, die der französische Kongreß aufwirft, darstelle, möchte ich noch in einigen Worten Parallelen aus der Arbeit von Aichhorn heranziehen.[3] Seine Ausführungen kommen von einer ganz anderen Problematik her. Seine Arbeit behandelt die Erziehungsberatung und es wird sich notwendigerweise ergeben, daß andere Fragen als die uns im Augenblicke interessierenden im Vordergrund stehen. Nichtsdestoweniger spielt die Frage des Einflusses der Familie in diesem Buche selbstverständlich eine überragende Rolle.

Wir finden manche Parallelen zu den Ausführungen der französischen Autoren, etwa dort, wo Aichhorn feststellt, daß der höchste Prozentsatz verwahrloster Kinder aus Familien kommt, in denen das Machtverhältnis der Eltern sich umgekehrt zum gewöhnlichen gestaltet, wo die Mutter Haupt der Familie ist und Gatten und Kinder beherrscht. Der Vater anerkennt diese übergeordnete Stellung; wenn er sich ausnahmsweise auflehnt, geschieht es in sinnloser Wut und brutal. Hier steht der latent homosexuellen aktiven Frau der latent homosexuelle passive Mann gegenüber. Er befriedigt nicht die Libidoansprüche seiner Gattin, diese sucht für ihre Libido ein Objekt und findet es im Kinde. Das Kind wiederum kann die libidinöse Überlastung nicht ertragen und verwahrlost.

Es ist kaum notwendig, auf die Ähnlichkeit dieses Bildes mit den vorhin gezeigten hinzuweisen. Ebenso könnte der Ausspruch Aichhorns, daß es kaum ein verwahrlostes Kind gibt, das aus einem geordneten Familienleben kommt, von den französischen Analytikern getan worden sein. Freilich zweifeln die skeptischen französischen Autoren an der Existenz eines von Neurosen unbelasteten Familienlebens.

Auch die von Bernfeld zitierte Form der Familiensituation wird von Aichhorn erwähnt. Es ist das Kind, das in der Kinderstube erlebt: „Mir kann nichts geschehen", da es den von einem Elternteil ausgehenden Versagungen durch Flucht zum anderen Elternteil entgeht. Die Eltern tragen ja

3) A. Aichhorn: Zur Technik der Erziehungsberatung. Ztschr. f. psa. Päd., Bd. X, 1936.

ihre Uneinigkeit vor dem Kinde aus und es merkt bald, welche Vorteile es gewinnt, wenn es sie gegeneinander ausspielt.

Ist überdies in dieser Situation die Mutter die Stärkere, so fehlt dem Knaben das geeignete männliche Identifizierungsobjekt. Der schwächliche Vater ist dazu ungeeignet.

Doch wir sagten vorhin, daß diese schwächeren Väter häufig brutal werden können. Aichhorn meint nun, daß der Jugendliche, der nach einem wirklich männlichen Identifizierungsobjekte sucht, seine Identifizierung mit den Brutalitätsausbrüchen des Vaters vollbringt und aggressiv wird.

Erinnern wir überdies an die Vorschläge Laforgues, den richtig ausgewählten Elternteil zu analysieren, um die Neurose der Kinder und des anderen Elternteiles zum Verschwinden zu bringen. Auch dazu finden wir eine Parallele in den Erfolgen der Erziehungsberatung Aichhorns. Durch eine psychotherapeutisch geschickte Es-Beeinflussung bewirkt er eine Veränderung im libidinösen Haushalt des einen oder des anderen Elternteiles. Mit dieser Es-Beeinflussung erreicht er eine Entlastung des libidinösen Haushaltes der Familie. Damit wird der Motor, der die Neurose des Kindes in Gang hält, stillgelegt. Ein schönes Beispiel Aichhorns ist der Fall jener frigiden Mutter, die neben einem schizoiden Vater lebte. Dieser konnte natürlich ihre libidinösen Ansprüche nicht befriedigen. Die Mutter lebte sie am Kinde aus, welches schwer erziehbar wurde. Eine andere Entlastung gewährte sich die Mutter nicht, dazu war ihr Schuldgefühl, eben wegen ihrer libidinösen Wünsche dem Gatten gegenüber, zu stark. In seiner Beratung ermöglichte ihr Aichhorn durch entsprechende Stellungnahme eine Sommerreise, die sie sich sehr gewünscht, aber aus Schuldgefühl nicht unternommen hatte. Diese Entlastung genügte, um den Vater so weit von den Ansprüchen der Frau zu befreien, daß er zu einer relativen Normalität zurückkehren konnte. Die Mutter indes hatte in der Sommerreise eine gewisse Befriedigung gefunden und in dieser weniger neurotischen Atmosphäre wurde plötzlich das schwer erziehbare Kind normal.

Es kann nicht unsere Aufgabe sein, im Rahmen dieser Besprechung die Arbeit Aichhorns zu würdigen. Dies wird an anderem Orte von Berufeneren geschehen. Ich möchte nunmehr meine eigene Stellungnahme zu den Darstellungen und zur Problematik der französischen Analytiker folgen lassen.

Manche Formulierung, die dem deutschsprachigen Analytiker irreführend erscheinen mag, ist in einer abweichenden Verwendung der gewohnten Terminologie und zum Teil auch in der Verwendung von Begriffen, die bei jenen ungebräuchlich oder unbekannt sind, begründet. So etwa der Begriff Männlichkeitskomplex der Frau. Hier wurde vielerlei zusammengedrängt und je nach dem Orte, an welchem er verwendet wird, bedeutet er Herrschsucht, kastratives Benehmen, manifesten oder verdrängten Exhibitionismus, Sadismus einerseits, Leidenswunsch, Masochismus, Minderwertigkeitsgefühl andererseits. Ebenso ist die Verwendung des Begriffes „latente Homosexualität des Mannes" eine recht lose. Dieser Begriff hat wohl seinen Ursprung in einer für die französische analytische Literatur spezifischen Theorie: der Theorie der Nichtakzeptierung („inacceptation"); es wird darunter die Nichtakzeptierung der männlichen Rolle, der männlichen Sexualität beim Manne verstanden und ebenso die Nichtakzeptie-

rung der weiblichen Rolle, der weiblichen Sexualität, der Penislosigkeit beim Weibe. Im weiteren Sinne wird darunter die Nichtakzeptierung der Sexualität bei beiden Geschlechtern überhaupt, die Nichtakzeptierung der Gesundheit beim Kranken, der Krankheit beim Gesunden und ähnliches mehr verstanden.

Es ist nicht wahrscheinlich, daß diese Theorie für unser analytisches Denken nützliche Dienste leisten kann. Letzten Endes ist jedes Phänomen die Nichtakzeptierung eines anderen. Es kommt also auf eine im weitesten Sinne formale Begriffsetzung heraus, auf die Feststellung der Tatsache nämlich: wenn A nicht gleich B ist, dann ist die Setzung von A eine Nichtakzeptierung von B. Anders ausgedrückt ist die Theorie von der Nichtakzeptierung der Satz vom Widerspruch. Durch diese Denkweise entsteht in den beiden sehr interessanten Referaten manche Unklarheit.

Auch die Behauptung der Diskussionsredner, daß die Mechanismen der Neurose sich auf der ganzen Welt gleichen, beruht auf einer terminologischen Unklarheit. Es handelt sich in diesem Falle nicht so sehr um die Mechanismen der Neurose als um den strukturellen Aufbau der einzelnen Neurosenformen. Zweifellos ist dieser auf der ganzen Erde der gleiche.

Ein anderer Punkt, die nicht milieubedingten, extrafamiliären Ursachen der Neurose, auf die mit viel Nachdruck hingewiesen wurde, scheint mir praktisch vernachlässigbar, wenn man sich dem Freudschen Schema der Ergänzungsreihe von Konstitution und Verursachung durch Erlebnisse anschließt. Die nicht von der Familie ausgelösten Erlebnisse des Kindes sind nicht nur in der verschwindenden Minorität, sondern sie werden vom Kind fast ausnahmslos im Zusammenhang mit den Reaktionen der Familie auf eben diese Erlebnisse wahrgenommen.

Das Problem, das den Gegenstand dieses Kongresses bildete, ist ein so umfassendes, daß eine Stellungnahme zu seinen einzelnen Teilen sehr viel Raum erfordern würde. Ich muß mich daher auf einen kleinen Ausschnitt aus diesen Fragen beschränken. So etwa begrüße ich den von Leuba eingeführten Begriff einer „normalen Psychopathologie". Diese unterscheidet sich keineswegs von den sonstigen, zivilisationsbedingten Defekten des Kulturmenschen. Zivilisation ist eben, wie Freud gesagt hat, ein Prozeß, für den man bezahlen muß; neben einer normalen Psychopathologie gibt es eine normale Pathologie. Wenige unter uns werden Menschen kennen, die nicht entweder Augengläser tragen — also einen Augendefekt haben; oder an kariösen Zähnen leiden; oder die nicht zumindest kahl wären. Im Malaiischen Archipel dagegen wird wiederum die Tinea[4] oder die Syphilis weniger als Krankheit angesehen denn als lästige Unbequemlichkeit. So ist die körperliche Normalität eine variable Größe, die nach Zivilisationen wechselt; ebenso verhält es sich auch mit der seelischen Normalität.

Wenn aber die seelische Normalität eine variable Größe ist, die nach Zivilisationen wechselt, so trifft das notgedrungen auch für die Neurose zu. Das ist weiter nicht verwunderlich, da wir ja schließlich wissen, daß am Ausgangspunkte der Neurose die je und je verschiedene Form des Ödipuskomplexes liegt. Diese Form aber ist bedingt durch die individuelle Struktur der Familie, die

4) Eine Hautkrankheit.

ihrerseits wiederum in weitgehendem Maße durch die am Standorte der betreffenden Familie geltende Form der Zivilisation bedingt wird. Wir sagen damit nichts Neues; es ist eine andere Darstellung der dem Psychoanalytiker wohlbekannten Tatsache, daß das jeweilige gesellschaftliche Ideal von Generation zu Generation auf dem Wege des Ödipuskomplexes übermittelt wird. Die Konformität mit dem gesellschaftlichen Ideal jedoch ist eines der Kriterien der Normalität; wenn das gesellschaftliche Ideal wechselt, so wird notgedrungen auch die Abweichung von diesem Ideal, also die Neurose, anders werden. Diese Ausführungen unterstützen also die These Leubas, nach welcher die von den verschiedenen Glaubensbekenntnissen bedingten sozialen Haltungen auch voneinander verschiedene Neurosenformen bedingen müssen. Freilich läßt sich diese These in unseren europäischen Verhältnissen nur mühsam beweisen, denn die Unterschiede, die durch die verschiedenen Glaubensbekenntnisse in unseren sozialen Haltungen erzeugt werden, sind außerordentlich gering, wenn wir sie im Verhältnis zu den Invarianten betrachten, die als die gemeinsame Basis unserer europäischen Sozietät gelten. Wir können uns die Aufgabe leichter machen, wenn wir uns den voneinander so verschiedenen primitiven Kulturen zuwenden. Diese haben von den unsern durchaus verschiedene und zugleich auch untereinander verschiedene gesellschaftliche Ideale und dementsprechend ist auch die Über-Ich-Bildung bei ihnen eine andere als bei uns. Wir wollen es vermeiden, den allzu leicht mißverständlichen Terminus des „Kollektiv-Über-Ichs" zu verwenden; was man mit diesem Begriffe bezeichnet, ist meist nur der allgemeinste Eindruck, den wir von den Gemeinsamkeiten einer Anzahl von Über-Ichen einer gegebenen Gesellschaft empfangen. Die Invarianten einer bestimmten Kultur ergeben ja die Konstanz des für das Über-Ich maßgebenden Kulturideales.

Ich will zwei Beispiele solcher voneinander abweichender Kulturen geben: Die Arapesh[5] schalten die Aggression bei beiden Geschlechtern aus, die Haltung der Geschlechter zueinander ist eine liebevolle und in den sozialen Beziehungen treten die geschlechtlichen Differenzen nicht zutage. Nicht der Mann herrscht über das Weib, sondern der Ältere ist der Schützer und die Stütze des Jüngeren; das Ergebnis ist eine friedliche, den Krieg nicht kennende Gesellschaft, die keine unmittelbaren Familienkonflikte hat, sondern diese auf entfernte Volksstämme verschiebt.

Dem gegenüber steht der Volksstamm der Mundugumor, deren gesellschaftliches Ideal der kannibalische, aggressive Mensch ist, sowohl für den Mann als auch für die Frau; bei denen es die höchste Ehre bedeutet, den anderen zu töten oder zumindest zu betrügen. Keinerlei Sicherheit, keinerlei Vertrauen existiert, daher auch kein Dorfleben. Jeder lebt für sich, in Häusern, im Busch, mit versteckten Zugängen; trotzdem herrscht auch bei diesem Volke vom gesellschaftlichen Gesichtspunkte eine Gleichheit der Geschlechter.

Bei diesen beiden Völkern ist der Neurotiker völlig verschieden. Während bei den Arapesh der Aggressive, Gewalttätige sozial unangepaßt und neurotisch ist und daher als Feind der Gesellschaft behandelt wird, ist bei den Mundugumor

5) Vgl. Margaret Mead: Sex and Temperament in Three Primitive Societies. New York, 1935.

der sanfte, friedliche, mütterliche oder väterliche Mensch derjenige, der neurotisch wirkt und dementsprechend auch meist untergeht.

Das Schlußergebnis ist ein sehr merkwürdiges. Einerseits sind die nicht aggressiven Zivilisationen diejenigen, welche die in ihnen Lebenden im allgemeinen zu glücklichen, zufriedenen Menschen machen. Freilich geben sie den wirklichen Neurosen, den Unangepaßtheiten mehr Möglichkeit zur Entfaltung. Dem gegenüber sind die Menschen in den aggressiven Zivilisationen im allgemeinen unglücklicher, doch die Neurotiker in ihnen seltener.

Schließlich gibt es noch Zivilisationen, deren Aggressionen in einer sehr vollständigen zwangsneurotischen Weise sublimiert sind. Eine solche ist die Zivilisation der „Z u n i",[6] die alle Aggressionen sublimieren; auch für den Neurotiker vermochten sie eine soziale Rolle zu finden; sie machen aus ihm je nach seiner Neurose einen offiziellen Ekstatiker oder, seiner Perversion gemäß, einen offiziellen Transvestiten.

Man sieht also, daß weit mehr als die Familie die Zivilisation die Neurose bedeutet. Die Familie selbst ist letzten Endes in ihrer Eigenart, in ihrer Struktur und besonders in ihrer Idealforderung eine Funktion der Zivilisation.

Hier wird es klar, daß die Verschiedenheit der Neurosen nicht in einen direkten Zusammenhang mit den verschiedenen Glaubensbekenntnissen gebracht werden kann. Das Glaubensbekenntnis als solches, als spiritueller Faktor im Seelenleben des Einzelnen, ist nicht entscheidend für die Neurose. Dagegen ist ein gegebenes Glaubensbekenntnis nur mit bestimmten Zivilisationen vereinbar, es gibt Zivilisationen und Glaubensbekenntnisse, die sich gegenseitig ausschließen. Innerhalb einer Zivilisation wird das Glaubensbekenntnis, welches von dieser Zivilisation als ihr gemäß angenommen wurde, eine Rückwirkung auf das Zivilisationsideal haben. Primär wird es jedoch das jeweilige Zivilisationsideal sein, welches für die Form der dort herrschenden Neurosen maßgebend ist.

Nun ist aber die Neurose ein Instrument, eine Methode zur Abwehr äußerer Schädlichkeiten oder zur Überwindung innerer Schwierigkeiten. Die Frage der inneren Schwierigkeiten führt zum Problem der Konstitution und kann von uns füglich vernachlässigt werden. Die äußeren Schwierigkeiten beziehen sich auf Schädlichkeiten, die von der Umwelt gesetzt werden. In der Abwehr gegen diese erfüllt die Neurose ihre Rolle in der Bewältigung der Familiensituation. Wir haben vorhin gezeigt, daß die Familiensituation das Ergebnis der Anpassung an die Forderungen der im gegebenen Augenblick am gegebenen Orte herrschenden gesellschaftlichen Moral ist und der gegebenen gesellschaftlichen Idealbildung entspricht. So wird also die Neurose und in noch höherem Maße die Familienneurose das Äquivalent sein, welches für die Einhaltung eines gegebenen gesellschaftlichen Ideals zu entrichten ist. Eine Detailuntersuchung dieser Frage führt ins sozialwissenschaftliche Gebiet und kann also Berufeneren überlassen werden.

Schließlich noch ein Detail: genau so wie die herrschsüchtige, frigide Frau wahrscheinlich für bestimmte Nationen charakteristisch ist, dürfte, wie das ja

6) Elsie C l e w s P a r s o n s: The Zuni Lamana (American Anthropologist, 1916) nach Ruth B e n e d i c t: Patterns of Culture.

Leuba erklärt hat, die Zwangsneurose für bestimmte Formen der Gesellschaft spezifisch sein. Es erhebt sich jedoch die Frage, warum denn gerade die Zwangsneurose als eines der häufigsten kausalen Momente der sogenannten Familienneurose auftritt.

Ich meine, daß man sich das aus den Erscheinungsweisen der verschiedenen psychischen Erkrankungen leicht erklären kann. Während die Hysterie sich vorwiegend in somatischen Erscheinungen zeigt und innerhalb des Körperbereiches des Individuums die libidinösen Spannungen zur Abfuhr bringt; während in der Perversion vielfach zwischen den Partnern gegenseitig die Spannung zur Abfuhr gebracht wird und die Umwelt von der Teilnahme an dieser Abfuhr verschont bleibt, wird der Zwangsneurotiker, falls er nicht affektgesperrt ist, seinen zur manifesten Abfuhr unfähigen Sadismus an der Umwelt zu betätigen gezwungen sein. Die ihm unmittelbar zur Verfügung stehende Umwelt ist eben die Familie und das ist der Grund, weswegen die Zwangsneurose so häufig in der Ätiologie der Familienneurose auftritt.

Es läßt sich noch ein weiterer Gesichtspunkt zur Erklärung des Phänomens heranziehen, daß es gerade Zwangsneurotiker sind, die in der Ätiologie der familiengebundenen Neurosen eine solche Rolle spielen. Wenn wir als unneurotisch und normal den Menschen bezeichnen, der über die augenblickliche Angepaßtheit an die jeweilige gesellschaftliche Lage hinaus ein hohes Maß an Elastizität besitzt, mit dessen Hilfe er sich neuen Anforderungen, neuen Belastungen, überhaupt wechselnden Situationen anpassen kann, so wird der Zwangsneurotiker besonders schlecht abschneiden. Der Hysteriker mag wohl atypisch und launenhaft reagieren, doch er paßt sich Umweltsveränderungen in gewissen Beziehungen an. Nicht so der Zwangsneurotiker. Es liegt im Wesen seiner Krankheit, starr auf den Formen seiner Abwehr zu beharren, ängstlich seine Zeremonielle zu wahren und mit der ganzen Kraft seiner Ambivalenz und Aggression die Einhaltung dieser Formen und Zeremonielle von der Umwelt, mögen sich die Verhältnisse auch noch so sehr ändern, zu verlangen.

Ich bin mir bewußt, mit diesen Bemerkungen nur untergeordnete und periphere Punkte des gesamten Fragenkomplexes gestreift zu haben. Denn die Fragen, die sich bei diesem Thema erheben, sind zahlreich. Grundlegend etwa, wie es möglich ist, daß in einem neurotischen Familienmilieu unneurotische Kinder aufwachsen; oder umgekehrt, wie man erklären kann, daß dem unneurotischen Familienmilieu Neurotiker entspringen. Die Frage der Beziehung von Konstitution und Umwelt habe ich bereits vorhin angedeutet. Man wüßte auch gerne, wie es mit den Interferenzen zweier oder mehrerer Neurosen bestellt ist, ob und inwieweit Neurosen andere Neurosen induzieren. Daß es eine Interdependenz neurotischer Mechanismen und neurotischer Strukturen gibt, wissen wir und es ist uns durch die Ausführungen dieses Kongresses noch klarer gemacht worden. Auch die anderen von mir aufgezählten Fragen sind angeschnitten worden. Es hat sich erwiesen, daß das Thema ein ungeheures und in einem Kongreß nicht einmal in seiner ersten Annäherung bewältigbares ist. Es wird zweifellos jahrzehntelanger Arbeit bedürfen, um die notwendigen klinischen Unterlagen zu sammeln, aus denen dann die ersten Ordnungsprinzipien zur Bewältigung dieses Fragenkomplexes herausgearbeitet werden können. Es war ein mutiges und

dankenswertes Unterfangen der französischen analytischen Gruppe, durch die geistvollen Darlegungen ihrer Referenten diese wichtige Problematik auf die Tagesordnung gesetzt und damit die Aufmerksamkeit der Analytiker auf sie gelenkt zu haben.

Bemerkungen zur Theorie des therapeutischen Vorgangs der Psychoanalyse[1]

Von

Rodolphe Loewenstein

Paris

Die Überlegungen, die ich Ihnen im folgenden vorlege, entspringen teilweise der mangelnden Präzision der Problemstellung und der Unsicherheit, in die man gerät, sobald man über die Theorie der analytischen Therapie etwas aussagen will.

Man kann das Problem von drei verschiedenen Seiten her untersuchen:

1. Worin besteht die Heilung eines Neurotikers?
2. Welche sind die psychischen Prozesse, die zu dieser Heilung führen?
3. Über welche Mittel verfügen wir, um diese Prozesse in Gang zu bringen und zum guten Ende zu führen?

1. Die erste dieser Fragen schließt weitere ein: Wie geht die Heilung vor sich? Wann ist ein Neurotiker geheilt? Woran erkennt man es? Wodurch und worin unterscheidet oder gleicht sich der Behandelte vor und nach seiner Analyse, worin gleicht er anderen, „normalen" Individuen oder ist von ihnen verschieden?

Wir sehen, daß alle diese Fragen die Theorie der Neurosen einschließen.

2. Die zweite Seite des Problems umfaßt alle psychischen Prozesse, die sich im Analysanden abspielen. Wir wissen wohl, daß die Analyse nicht in jedem einzelnen ihrer Teile unmittelbaren Heileffekt besitzt, sondern nur in gewissen Momenten, meist gegen das Ende zu, und in ihrer Gesamtwirkung. Wir wissen aber auch, daß die meisten dieser Elemente gewöhnlich unentbehrlich oder, in allen Fällen, unvermeidlich sind, wenn man zum angestrebten Endziel gelangen will.

3. Angesichts der Komplexität des Heilungsprozesses muß man fragen: Welche Mittel setzen, welche halten ihn in Gang, treiben und dirigieren ihn zum gewünschten Endeffekt? Das wirft nun wieder das Problem der psychoanalytischen Technik auf. Wenn ich also die Vielfalt der Fragestellungen zum Gegenstand unserer heutigen Diskussion hervorhebe, so tue ich das eben in der Absicht, die Komplexität unseres Problems aufzuzeigen.

---

1) Aus dem Französischen übertragen von Lilly Neurath, Wien. — Anmerkung der Redaktion: Wir bringen hier als Nachtrag zwei Diskussionsbemerkungen zum Symposion über die Theorie der therapeutischen Resultate, abgehalten auf dem XIV. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Marienbad, 4. August 1936 (siehe Heft 1 dieses Bandes, Seite 6).

Gewiß, im Beginn der psychoanalytischen Forschung konnten diese Probleme verhältnismäßig einfach erscheinen. Die Arbeitshypothese, deren sich Freud im Anfang bediente, hat sich aber als eine Entdeckung von außerordentlicher Fruchtbarkeit erwiesen.

Die seelischen Abläufe, die sich im Verlauf der Behandlung entwickelten, waren die genaue Umkehrung jener, die zu den neurotischen Symptomen geführt hatten. Die Katharsis war wirklich die Umkehrung des Vorgangs der Einklemmung des Affekts; das Bewußtwerden der vergessenen Erinnerungen die Umkehrung der pathogenen Amnesien. Und schließlich haben die Widerstände, die der Neurotiker der Behandlung entgegenbringt, eine vorhergegangene Verdrängung zur Voraussetzung. Und das Phänomen der Übertragung, d. h. soweit sie sich als Widerstand äußert, gestattet die Erkenntnis, daß die Kräfte, die die Verdrängung bewirkten, vor allem eine Funktion der Gefühlsbeziehungen des Individuums zu seiner Umgebung waren.

Die Übereinstimmung ist auffallend: der therapeutische Prozeß ist die Umkehrung des pathogenen Prozesses. Mithin würde es also genügen, diesen letzteren in umgekehrter Richtung zu durchlaufen, um ihn völlig aufzuheben, so als hätte er nie stattgefunden.

Hier hört aber die Gültigkeit des Prinzips, das uns bis daher geführt hat, auf. Bis hierher konnte man tatsächlich die Art der psychoanalytischen Technik mit einem Prozeß des Ungeschehenmachens vergleichen. Dadurch ergibt sich eine gewisse Verwandtschaft der psychoanalytischen Behandlungsmethode mit jenem Verfahren, das Geisteskranke heilen wollte, indem man sie in genau die gleiche reale Situation versetzte, in der das pathogene Trauma entstanden war, und sie durch eine Inszenierung die Vorgänge von damals wiedererleben ließ. Ich weiß nicht, ob dieses Verfahren je angewendet worden ist, — es wurde jedenfalls von der dichterischen Phantasie vielfach imaginiert; ich will als ein Beispiel nur die berühmte Dichterin Selma Lagerlöf anführen. Die Vorstellung von einer solchen Methode hat aber nicht nur in der Phantasie der Schriftsteller gespukt. In den ersten Seiten seiner „Studien über Hysterie" zitiert Freud eine analoge Idee eines französischen Autors, Binets, der (an einer anderen als der von Freud zitierten Stelle) schrieb: „Que l'on pourrait peut-être guérir des malades mentaux en les replaçant exactement dans la situation qui a provoqué leurs troubles."

Nun, die Psychoanalyse kann wirklich recht gut mit diesem Verfahren verglichen werden; aber anstatt ein einziges Erlebnis in der Realität zu inszenieren, bedienen wir uns eines langsamen psychischen Ablaufs, in dem die Szene oder die Szenen und Situationen, die pathogen gewirkt hatten, in fraktionierten Dosen wiedererweckt werden, die Inszenierung durch Erinnern, durch verbalen Ausdruck und durch die (in Aktion nicht umgesetzten) Handlungsimpulse in der Übertragung ersetzt werden.

Aber wenn auch die Analogie zwischen den beiden Methoden auffällig ist, so ist sie doch auch recht unvollständig. Wir wissen aus der Erfahrung, daß kein einziges Verfahren imstande ist, psychische Geschehnisse wirklich ungeschehen zu machen. Im Seelischen ist ein Ungeschehenmachen nicht möglich.

Freud vergleicht in den „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse"[2] den Kampf der Psychoanalyse mit den Vorgängen in einem Krieg. Manchmal wird erbittert um einen Punkt gekämpft, der an sich bedeutungslos ist, wohl aber einen strategischen Wert hat. Genau so ist es in Analysen, wo die Widerstände nicht immer zu jenen Stellen hinführen, die ehemals von besonderer pathogener Bedeutung waren. Freud sagt damit zugleich, daß der Heilungsprozeß nicht die genaue Umkehrung des pathogenen Prozesses ist.

Wie sollte es denn auch anders sein? Die Bedingungen bei der Entstehung der Neurose und jene zur Zeit der Behandlung sind einander in keiner Weise ähnlich. Die Triebansprüche des Erwachsenen sind nicht mehr die des Kindes. Der Erwachsene ist nicht mehr so leicht verwundbar wie in seiner Kindheit. Und schließlich ist auch das Ich nicht das gleiche geblieben, ein Umstand, dessen große Bedeutung wir immer mehr einsehen.[3]

Anderseits wissen wir, daß alle Versuche, durch einen einzigen Faktor die Neurosen zu heilen und zu erklären, gescheitert sind oder sich als irrig erwiesen haben (z. B. die Versuche Ranks).

So bekommen wir also selbst für den ersten Teil der Fragestellung — wir wollen ihn die Theorie der Heilung nennen — verschiedene Antworten. Um so weniger wahrscheinlich dünkt es uns also, daß man eine einfache Theorie für alle Arten von Heilungsprozessen für Neurosen und verwandte Affektionen gewinnen könnte.

Daß alle Referate, die wir soeben gehört haben und die doch sicherlich die Erfahrungen gewissenhafter und scharfsichtiger Beobachter wiedergeben, so viele Divergenzen, selbst bezüglich der Ebene, in der sie sich bewegen, aufweisen — beweist das nicht zur Genüge, daß die beobachteten Erscheinungen außerordentlich variabel sind?

So hat also Strachey mit vollem Recht nachdrücklich betont, daß die Übertragungsdeutungen in der psychoanalytischen Arbeit eine besondere Stellung einnehmen — ein Standpunkt, den Freud schon früher im „Rattenmann"[4] dargelegt hat. Wir wissen aber, daß in recht vielen anderen Fällen der Exaktheit einer individualhistorischen Deutung, die die Rekonstruktion vergessener Geschehnisse bezweckt, eine ebenso große therapeutische Bedeutung und Tragweite zukommt.

Jeder Analytiker hat auch schon jene verwirrenden Erfahrungen der negativen therapeutischen Reaktion gemacht, trotz vollkommen ausreichendem Verständnis auf seiner Seite. Und wie verhält es sich mit den — glücklicherweise zahlreicheren — Fällen mit gutem Heilerfolg, in denen es nicht möglich ist, mit Präzision und Gewißheit den Grund des therapeutischen Erfolgs anzugeben? Nunberg durfte mit voller Berechtigung feststellen, wie unzulänglich wir noch über viele Punkte der therapeutischen Wirkungen der Psychoanalyse unterrichtet sind.

Die Referate, die wir heute gehört haben, besonders die von Bibring, Nunberg und Fenichel sind sicherlich sehr nützliche und wertvolle Beiträge zur

2) Ges. Schriften, Bd. VII.

3) Ganz besonders seit den letzten Arbeiten von Freud, Nunberg und Anna Freud.

4) Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. Ges. Schr., Bd. VIII.

Lösung des Problems. Ich möchte jedoch mit Sachs sagen, daß wir uns einer Aufgabe auf lange Sicht unterziehen müssen, der Aufgabe einer geduldigen und mit peinlicher Genauigkeit den Einzelheiten gewidmeten Beobachtung.

Zur Theorie der psychoanalytischen Technik

Von
Hanns Sachs
Boston

Erörterungen über die Theorie und Fortbildung der psychoanalytischen Technik sollen von den Problemen ausgehen, auf die uns die Wahrnehmungen und Erfahrungen in unserer Arbeit hinweisen, und nicht von einer systematischen Grundlage. Sonst besteht die Gefahr, daß sich eine Kluft bildet zwischen der realen, in vieler Hinsicht noch unvollständigen und verbesserungsbedürftigen Technik auf der einen Seite und einer aufs höchste verfeinerten, aber unfruchtbaren Theorie auf der anderen.

Die Art, wie Verdrängungen, Widerstände und Abwehrmechanismen zustandekommen, resp. wie sie sich in der Analyse reproduzieren, kennen wir nur in einzelnen Typen, z. B. bei der Zwangsneurose, und auch hier nur teilweise. Unsere Analysanden zeigen uns eine Fülle von Formen, die wir mit Verlegenheitsausdrücken, wie Mischtypus, Charakterdeformation, latente Neurose, schizoid u. dgl. bezeichnen. In Zukunft muß sich neben die Kenntnis der Technik der Aufdeckung des Unbewußten das Verständnis für die Entstehungsweise und Besonderheit dieser Formen stellen, und dies können wir nur durch Beobachtung und neue Erfahrung erwerben. Erst dann wird eine zusammenhängende Lehre über die Bekämpfung der Widerstände möglich sein, die von wirklichem Wert für die psychoanalytische Technik ist.

REFERATE

Aus der Literatur der Grenzgebiete

BILZ, R.: Psychogene Angina. Epikritische Betrachtungen über eine Mandelentzündung und ihre Psychopathologie. S. Hirzel, Leipzig, 1936.

Groddeck war der erste, der in seiner Schrift „Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden" (1917) für eine akute Angina seelische Anlässe anzunehmen wagte. Erst Victor v. Weizsäcker hat in dieser Zeitschrift (1933) die berechtigte Forderung nach Beweisen solcher Zusammenhänge für Anginen an einer im Verlauf einer Psychoanalyse aufgetretenen Angina zu erfüllen versucht. Weizsäcker bemerkt dort warnend, „wie unstatthaft die ‚analytische' Betrachtung nicht analysierter Fälle wäre".

Der von Bilz dargestellte Fall ist erst mehrere Jahre nach bloßer oberflächlicher Beobachtung, unter Heranziehung der in jener Angina-Woche geträumten Träume, bearbeitet. Als seine eigentliche Entdeckung sieht B. die Tatsache an, daß in zeitlicher Koinzidenz mit einer Verlobung oder Eheschließung und dem damit verbundenen Generationsproblem die Mandelentzündung auftritt, was er auch in anderen Krankengeschichten bestätigt finde. Beweisbar freilich seien diese Dinge nicht, ihm erscheint wichtiger als alle Deutung die Problemstellung. Festhalten will er jedoch an der Behauptung, daß es Couvade-Krankheiten (diesen Begriff in einem sehr weiten Sinn genommen) gibt: Generationskrankheiten des Mannes und der Frau. Z. B. handelt es sich bei der „Couvade-Angina" um die merkwürdige Tatsache, daß eine Frau gebiert, während zu gleicher Zeit ein Mann an einer Halsentzündung erkrankt. Außer dem Ehemann erkranken solche Menschen, die durch eine Eheschließung erst verwandt werden wollen. Junggesellen geraten, wenn sie sich verloben, mit ihren Tonsillen in das pathogene Kraftfeld einer Geburt. In dem hier näher berichteten Fall wird die Männerkindbett-Angina schon vor der Verlobung erlebt, anachronistisch.

Die Beobachtung des hier berichteten Falles, deren Technik als „synoptisches Studium" seiner Angina bezeichnet wird, ist so absolut ungenügend, daß Ref. darüber sehr befriedigt ist, daß sie sich nicht auf die Psychoanalyse beruft.

Von der Persönlichkeit des Mannes, der anläßlich einer zwischen Verlobungsabsicht und Eheflucht schwankenden Entscheidung eine Angina bekommt, erfahren wir so gut wie nichts. Nichts über seine Kindheit, seine Mutterbindung, seine Geschwister, sein Sexualleben, seine sonstige Entschließungsfähigkeit; hingegen wird auf seine Beantwortung der Fragen „nach dem Helden seiner Schülerzeit" und „nach seinen dichterischen Versuchen aus der Pubertätszeit" besonderer Wert gelegt.

Der Autor erweist sich zwar als überaus belesen, bringt Kapitel über die Couvadebräuche der Wilden, Reifungsriten, Urszene, Ritual und Verinnerlichung, sowie archaische Welt, aber er bietet nur ein Konglomerat der Lesefrüchte, kein geordnetes Mosaik. Er gibt Anregung, aber keine Beweise, Phantasien, aber keine plausiblen Zusammenhänge. Es scheint ihm die exakte Ausbildung, wie wir sie für den Analytiker fordern, nicht zuteil geworden zu sein.

Aber nur aus der Mutterlauge des in gründlicher langdauernder Psychoanalyse gewonnenen Materials hätten verläßliche Wirklichkeiten herauskristallisieren können.

E. Hitschmann (Wien)

BJERRE, POUL: **Das Träumen als Heilungsweg der Seele.** Systematische Diagnose und Therapie für die ärztliche Praxis. Rascher Verlag, Zürich und Leipzig, 1936.

Der Inhalt dieses Buches liegt vermutlich im Stilistischen und ist deshalb nur sehr schwer zusammenzufassen. Zum Beispiel hat der Verfasser den Begriff des Über-Ichs durch eigene Bezeichnungen ersetzt und spricht vom „Sonder-Ich", „Anteil-Ich" und „All-Ich". „Je sicherer wir im Alleben verankert sind und je größere Weite unsere Seele durch diese Verankerung gewonnen hat, desto leichter werden wir das, was uns begegnet, umschmelzen und assimilieren." Eine solche Umschmelzung und Assimilierung Freudscher Psychoanalyse in den pathetischen Plauderton dieser „Psychotherapie" ist dem Verfasser weitgehend gelungen. Die Traumanalyse besteht aus einer Situationsanalyse, Elementaranalyse, Kontinuitätsanalyse und dem Herausarbeiten des suggestiven Anlasses. Die Traumarbeit durchläuft verschiedene Etappen, von Nr. 1. „Gestaltung", 2. „Anknüpfung", 3. „Erweckung" usw. bis Nr. 12. „Assimilierung".

M. Grotjahn (Topeka, Kansas)

BÖHM, HERMANN: **Erbkunde.** C. Heymanns Verlag, Berlin, 1936, 93 S.

Es argwöhnt der nicht gleichgeschaltete Leser bei einem Buche, das „nicht um der Vererbungslehre willen, sondern zum Nutzen unseres deutschen Volkes" und zudem „am Tage des Bekenntnisses, 29. im Lenzing 1936" erscheint, nicht Wissenschaft, sondern Dogma und — ist angenehm enttäuscht! Denn es liegt mit dieser Arbeit von Böhm ein vorzügliches kleines Lehrbuch vor, das außerdem mittels Schlagwortverzeichnis das Aufsuchen interessierender Einzelheiten leicht gestattet. Abgesehen von des kürzlich verstorbenen Erwin Baur „Einführung in die experimentelle Vererbungslehre" habe ich kein Erblichkeitslehrbuch mit mehr Vergnügen und Gewinn gelesen als dieses kleine Buch von Böhm. Er setzt nämlich gerade da ein, „wo die meisten dieser kurz gefaßten einführenden Schriften — berechtigterweise — aufhören, nämlich" (vom Ref. hervorgehoben) „bei der Entwirrung des vielfach verschlungenen Fadens, der sich von der Erbanlage zum Merkmal spinnt. Die Erscheinungen der Manifestationsschwankungen, der Expressivität, der Pleiotropie, auch der multiplen Allelie usw., deren Schilderung im wissenschaftlichen Schrifttum verstreut und daher nicht für jedermann so leicht zugänglich ist", hat er zusammenfassend dargestellt. Wichtig für den Analytiker ist, daß an erster Stelle die Umweltprägungen ihre Würdigung finden, wobei besonders die Kenntnis der sogenannten Modifikation oder Paravariation für den Charakterforscher, der nach den konstitutionellen Eigentümlichkeiten fahndet, von grundlegender Bedeutung ist. Vergeblich hatte ich mich bisher bemüht, eine zusammenfassende Orientierung über die Zwillingsforschung zu finden. Hier ist sie in Kürze und doch präzis. Den Unterschied zwischen Penetranz und Expressivität eines Erbmerkmals zu erfahren, ist dem Erblichkeitslaien ebenfalls wichtig. Die Verständlichkeit der keineswegs leichten Materie wird durch das didaktische Geschick des Autors und durch reichliche Skizzenbeigabe sehr gehoben. Die Schwierigkeiten der menschlichen Erblichkeitsforschung erhellen u. a. daraus, daß ein nicht geschlechtsgebundenes rezessives Erbmerkmal bei Annahme bloß 25jähriger Generationsdauer hundert Jahre bis zu seiner Manifestation braucht (26 f.). Das nicht Mosaikartige, sondern Organisierte der Gene kommt sehr schön zur Darstellung. Wenn in der Psychoanalyse das Urmedium des Individuums, die Mater, die Materia mehr und mehr zur Geltung kommt, so erquickt es, seit Goldschmidt zu erfahren, daß das mütterliche Zellplasma von Bedeutung für die im Kern lokalisierten Gene ist (34, 83). Die mehrfache Determination eines Merkmals (38) wie die Auswirkung einer einzelnen Gene in mehreren Merkmalen (Pleiotropie) sind für die Psychologie wichtige biologische Anregungen. Das gleiche ist für die Vererbung des Geschlechts und die geschlechtsgebundene Vererbung

zu sagen (44 ff). Auf S. 59 findet sich der Satz: „Wenn aber schon bei den körperlichen Merkmalen, wie Hautfarbe, Haarfarbe, Schädelmaße, die wenigstens an sich leicht feststellbar bezw. meßbar sind, der Erforschung des Erbgangs gewaltige Schwierigkeiten entgegenstehn, dann kann es nicht wundernehmen, daß unser Wissen über die Vererbung geistiger und seelischer Merkmale . . . noch in den Kinderschuhen steckt." (Hervorheb. vom Ref.) Vom Standpunkte der analytischen Theorie eines Todestriebes dürften die Äußerungen über Letalfaktoren (28—41) Aufmerksamkeit finden. Wer Sinn für die Gesetzmäßigkeit im Wunder hat, kommt bei aller Schlichtheit des kleinen Buchs auf seine Rechnung.

H. Christoffel (Basel)

BROWN, J. F.: **Psychology and the Social Order.** An Introduction to the Dynamic Study of Social Fields. McGraw-Hill Book Co., New York und London, 1936.

J. F. Brown versucht in diesem Buch, das aus der Niederschrift von Vorlesungen der letzten Jahre an der Universität Kansas entstanden ist, eine systematische Grundlage sozialer Psychologie zu geben. Er basiert diesen wirklich gelungenen Versuch auf einer Vereinigung von Gestalttheorie und Psychoanalyse mit Soziologie, die er in systematischer Weise auf das Gebiet sozialer Psychologie anwendet. Damit ist eine wesentliche Lücke ausgefüllt, die ein Kenner der sozialen Hygiene niemals übersehen oder geleugnet hat und die auch von psychoanalytischer Seite bisher noch nicht überbrückt worden war.

Soziale Psychologie ist die Wissenschaft vom Grund, Wesen und Sinn des individuellen Verhaltens in Hinsicht auf die Gemeinschaft. Die gegenwärtige Krisis von Weltwirtschaft und Kultur wiederlegt nur scheinbar die Auffassung vom automatischen Fortschritt der Menschheit. Versagen der technischen Wissenschaft ist sicherlich nicht der Grund dieser Krisis, sondern Mangel an Wissen und Anwendung sozialer Psychologie. Die Grundtatsachen einer sozialen Psychologie müssen aus den Gebieten der Anthropologie, der Soziologie und einer biologisch fundierten Psychologie des Unbewußten und der Masse entnommen werden; das heißt, nur die Psychoanalyse kann diesen Voraussetzungen entsprechen. Die Vereinigung dieser Wissenschaften ist allein möglich in der Sprache und den Begriffen der Feldtheorie. Klassentheoretische, aristotelische Naturwissenschaft, begründet auf atomistische mechanistische Philosophie benutzt eine phänomenologische Sprache. Feldtheoretische Wissenschaft gründet sich auf eine Gestalttheorie der Biologie, versucht hypothetisch-deduktiv zu verfahren und drückt ihre Ergebnisse in der „physikalischen" Sprache aus. Dem methodologischen Teil folgt ein soziologischer Abschnitt, in dem der dynamische Wechsel der jeweiligen Feldstruktur besprochen wird. Religion, Rasse, Staat, Depression, Krieg werden feldpsychologisch definiert, wobei die folgerichtige und einwandfreie Verwendung psychoanalytischer Begriffe und Theorie hervorgehoben zu werden verdienen. Die Bedeutung der Familie im sozialen Feld führt zum dritten, eigentlich psychologischen Teil des Buches. Das Individuum ist nun nicht mehr lediglich ein Punkt im sozialen Feld, sondern ein Feld für sich, eine eigene persönliche Gestalt, allerdings in steter Abhängigkeit von ihrem sozialen Feld. Zusammenstoß und Vereinigung zwischen den erotischen und aggressiven Strebungen des Individuums mit den Forderungen der Gesellschaft werden, dem Gedankengang der Psychoanalyse folgend, aufgezeigt. Aber auch die soziale Person ändert von sich aus ihr Feld, am besten dargestellt im Problem der Freiheit und des Führers.

M. Grotjahn (Topeka, Kansas)

MARKUSZEWICZ, R.: **Urogenitalismus.** Die dritte prägenitale Organisationsstufe des infantilen Sexualtriebes. Psychiatr. en Neurolog. Bladen, Nr. 4, 1936.

Der Autor versucht, einen neuen Partialtrieb, den er den urogenitalen nennt, einzuführen. Er beruft sich auf die embryologische Tatsache, daß der männlichen Harnröhre

beim Weibe der Scheidenvorhof und die Innenflächen der kleinen Schamlippen, der Oberfläche des Gliedes die Klitoris und die äußere Oberfläche der kleinen Schamlippen entsprechen.

Die Harnentleerung des Mädchens bedinge Reizung der kleinen Schamlippen und indirekt der Klitoris. Die Erotik des Vorhofs entspreche der Harnröhrenerotik des Knaben und werde mit dem selbständigen Harnlassen des Mädchens realisiert. Die Befeuchtung und der chemische Reiz von Harnresiduen erzeugen dort jedesmal viel längere Erregung als beim Knaben. Sekundär komme es zur Klitorisonanie, auch zur Erschwerung der Erregbarkeit der Scheide (Frigidität).

Der Urogenitalismus bedinge eine Differenzierung der Geschlechter, indem beim Mädchen die Vorhoferotik gegenüber der Klitoriserotik, beim Knaben aber die Penishauterotik gegenüber der Urethralerotik prävaliere.

Der Autor zieht aus diesen Ergebnissen weitgehende Konsequenzen, die zu würdigen ohne Nachprüfung seiner Aufstellungen nicht möglich ist. Seine z. T. kritische Einstellung zu den bisherigen Befunden der Psychoanalyse erscheint um so weniger berechtigt, als er die Betastungslust im Vorhofe sowie die Lust des Harnzurückhaltens unterschätzt. Die sexuelle Erregung weiblicher Wesen ist oft von der vollen Blase angeregt und außer Klitorisonanie wird eine solche im Vorhof und um die Harnröhrenöffnung geübt. Es ist ein Verdienst des Autors, auf diese noch nicht voll geklärten Verhältnisse aufmerksam zu machen.

E. Hitschmann (Wien)

NIEDERMEYER, A.: **Grundriß der Pastoral-Medizin.** 1. Teil: Pastoral-Psychiatrie. Verlag Bonifacius-Druckerei, Paderborn.

Das Erscheinen dieses Buches ist ein Beweis für das zunehmende Interesse für die Psychiatrie unter den katholischen Priestern, und in dieser Auffassung könnte man es mit Freude begrüßen, wenn nicht sein Inhalt sehr enttäuschte. Zunächst ist es doch nicht möglich, einem Nicht-Psychiater einen auch nur einigermaßen genügenden Einblick in die Psychiatrie und Psychopathologie oder eine brauchbare Kenntnis dieser Materien in einer sehr schematischen Übersicht zu vermitteln, wie dieses Buch sie bringt oder vielleicht bringen muß. Besonders kommt dies bei der Besprechung der Psychoanalyse zum Ausdruck. Man bekommt den Eindruck, daß hier zwar ein ernster Versuch gemacht worden ist, die Psychoanalyse kennen und schätzen zu lernen; aber dieser Versuch ist doch wohl völlig mißlungen. Die psychoanalytischen Auffassungen werden sehr mangelhaft und oft ganz falsch wiedergegeben. Der Verfasser schätzt wohl etwas Gutes in ihnen, aber gibt doch nicht an, wie weit sich dies denn erstreckt. Und im Wesen werden doch die psychoanalytischen Ansichten verworfen, namentlich dort, wo dies nicht expressis verbis gesagt wird. Außerdem glaube ich, daß auch der streng orthodoxe Katholizismus den Standpunkt, der in diesem Buche gegenüber dem psychischen Leben eingenommen wird, als übertrieben supernaturalistisch betrachten dürfte.

H. van der Sterren (Nijmegen, Holland)

PULAY, ERWIN: **Der überempfindliche Mensch.** Verlag Otto Lorenz, Wien, 1937.

Ein begeisterter Arzt ist so erfüllt von den Neuentdeckungen der Medizin, Hormonen, Vitaminen und allergischer Überempfindlichkeit, daß seine glänzende Darstellung ihrer Auswirkungen wie eine Symphonie erklingt. Nicht genug damit, seine Phantasie glaubt, auch im Seelischen eine parallele allergische Überempfindlichkeit nachweisen zu können, und wagt diesen Sprung vom Körperlichen ins Seelische ohne erkenntnistheoretische Bedenken. Wer sich in die geistreichen Perspektiven eines ohne

jede kritische Skepsis aufgebauten Bildes der Kultur- und Menschenwelt verführen lassen will, wird doch kaum über genug Optimismus verfügen, um dem Subjektivismus des Autors längere Folge zu leisten.

E. Hitschmann (Wien)

SIHLE, MARTIN: **Was ist Seele?** Verlag für Medizin Weidmann & Co., Wien, Leipzig, Bern, 1937, 46 S.

„Jeder Mensch besteht eo ipso aus einer chemischen, einer zoologischen und einer geistigen Gestalt. Die chemische Gestalt ist repräsentiert der Hauptsache nach im Knochengerüst, im Skelett." „Im Menschen sind demnach das Mineralreich, das Tierreich und das Reich des Geistes zu einer Ganzheit verbunden." „Jedenfalls fühle ich es instinktiv und weiß es außerdem aus ärztlich-logischem Forschungsdenken heraus, daß ich und wir alle nicht vom Affen abstammen." „Durch Selbstsetzung und Entgegensetzung dichotomiert sich der Urgeist in multipolare und multidimensionale Spannungsvarietäten zu dem, was wir schon in der Potentialschicht in der Seinsschicht des Lebens vorfinden."

Die Lektüre der Schrift kann nur jenen empfohlen werden, die die vorstehenden Sätze als Weisheit betrachten.

P. Schilder (New York)

STRAUS, ERWIN: **Vom Sinn der Sinne.** Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie. Berlin, Julius Springer, 1936, Bd. V, 314 Seiten.

Die cartesische Psychologie ist Ausgangspunkt und wesentlicher Bestandteil jeder modernen Psychologie; ihre Darstellung und Kritik in der hier vorliegenden eingehenden Art ist somit gleichzeitig eine Auseinandersetzung und Kritik der fundamentalen Voraussetzungen der traditionellen Psychologie. Dem Gegenstand cartesischer Psychologie, nämlich der isolierten Betrachtung der Empfindung, wird eine gemeinsame Betrachtung von Empfinden und Sichbewegen entgegengesetzt, nach der das Empfinden aufgefaßt wird als Kommunikationsweise mit der Welt. Daraus folgt eine Auseinandersetzung mit dem üblichen Atomismus des Zeitbegriffes, der seine Fortsetzung in der Lehre der „objektiven" Psychologie und seine späte Erfüllung in Pawlows Ansichten von den bedingten Reflexen findet. Trotz der im psychologischen Sinne unbestreitbaren Exaktheit der Pawlowschen Versuche fußt die ganze Forschungsrichtung der objektiven Psychologie auf bestimmten hypothetischen Voraussetzungen, und ungeachtet des Widerspruches von Pawlow bleibt sie an bestimmte metaphysische Deutungen und Spekulationen über menschliches und tierisches Dasein gebunden. Die folgerichtige Durchführung der Pawlowschen Hypothesen führt zu einer immer mehr mechanistischen Auffassung und zu Konstruktionen von den bedingten Orientierungsreflexen, Spurenreflexen und deren Generalisierung und Differenzierung. Aus der Physik und Technik übernommene Bezeichnungen wie Reiz, Versuch und Reflex, die Verwechslung von Kausalität und Intentionalität, die Ausmerzung des Phänomenalen werden als Fehlerquellen der Pawlowschen physiologischen Psychologie aufgedeckt und ihnen eine phänomenologische Studie über Begriff und Analyse des „Signals" entgegengesetzt. Der physiologische Reiz ist psychologisch gesehen ein Signal, das mittlere Glied einer dreigliedrigen Situation. Es kündigt den Übergang von der Indifferenz zur Bedeutsamkeit an. Der entscheidende Irrtum Pawlows ist die Meinung, es könne grundsätzlich das Verhalten zur Welt als Vorgang im Organismus erklärt werden, die Situation als Situs, das Werden als Folge in der objektiven Zeit. Historiologisch betrachtet ist das Empfinden eine Weise von (sympathetischer) Kommunikation. Die Selbstverständlichkeit dieser Kommunikation hat es bisher verhindert, daß sie ausdrücklich zum Thema in der Psychologie geworden ist. Im Empfinden erfassen wir nicht Eigenschaften der Dinge wie im Erkennen, sondern die Gegenständlichkeit gestaltet sich mannigfaltig wechselnd im Wechsel der Kommunikation von Ich und Welt. Das Emp-

finden aber kann nicht getrennt gedacht werden vom Sichbewegen, denn nur ein Wesen, das gemäß der Struktur seines Seins sich bewegen kann, vermag auch ein empfindendes Wesen zu sein. Nur für ein solches Wesen hat die Welt Horizont und Begrenzungen; „Drinnen" und „Draußen" sind Phänomene eines Spielraums. Zur Einheit des Ichs gehört die Einheit seiner Welt. Das Ich, das im Wechsel seiner Erlebnisse eines bleibt, ist ein werdendes Ich. Als Werdendes ist ihm jedes seiner Momente nur eine jeweilige Begrenzung seiner Totalität. Solange die Psychologie dieses Totalitätsverhältnis nicht sieht, solange wird sie eine physiologische Psychologie bleiben. Im Empfinden wird die Totalität aktualisiert und begrenzt; im Sichbewegen dringt das Individuum über seine jeweiligen Grenzen hinaus, um sich in neue Grenzen eingeschlossen zu finden. Das physiologische Problem des Bewegungsvollzuges und die Psychologie des Sichbewegens fallen nicht zusammen, ihr Unterschied wird deutlich im Beispiel vom Verlockenden. (Denn nur ein Wesen, das sich bewegen kann, kann auch gelockt und geschreckt werden, empfindet Nähe und Ferne.) Als Werdende sind wir jeweils unfertig, der Ergänzung fähig und bedürftig. Das Werden hat aber nur eine mittelbare Beziehung zur objektiven Zeit. Versuche, sie in unmittelbare Beziehung zu bringen, verstricken sich unweigerlich in den Widersprüchen eines Epiphänomenalismus. Auch die Gestaltbildung ist Gestaltung im zeitlichen Werden, die primären Gestalten sind stets auch sympathetische Gestalten. Wir leben und empfinden im Präsens, begreifen und erkennen aber im Perfekt. Darin liegt ein wesentlicher Unterschied zwischen Empfinden und Erkennen (und Wahrnehmen). Infolgedessen haben das Empfinden und die beseelte Bewegung ihre ihnen eigentümlichen Zeit- und Raumformen, deren Verständnis gleichzeitig zu einem Verständnis für den Wesensgegensatz physikalischer und psychologischer Begriffe führt. Der Gegenstand der physikalischen Erkenntnis ist der bewegte Körper, der Gegenstand der psychologischen der sich bewegende Körper.

Dem Reichtum an Gedanken und Erkenntnis, der Klarheit und Eindringlichkeit des Stils kann sich der Leser dieses Buches nicht entziehen. Der Verfasser erreicht sein Ziel und gibt einen wirklichen, wesentlichen Beitrag zur Grundlegung der Psychologie.

Die mißverständliche Auffassung des Verf. vom Wesen der Psychoanalyse fordert eine Auseinandersetzung, die aber weit über den hier gestellten Rahmen eines Referates hinausgehen würde.

M. Grotjahn (Topeka, Kansas)

WITTKOWER, E.: **Einfluß der Gemütsbewegungen auf den Körper.** Sensen-Verlag, Wien-Leipzig, 1936.

Nach jahrelanger praktischer poliklinischer und experimentell-klinischer Arbeit faßt der Autor in diesem Buch seine Erfahrung und seine umfangreichen literarischen Kenntnisse zusammen. Er versucht nicht, eine Psychoanalyse der Organneurose zu schreiben, ebensowenig ist er bemüht, eine tiefenpsychologische oder verstehende Erklärung zu geben; seine Aufgabe ist deshalb auch weniger, eine Affektbiologie zu schreiben, als vielmehr die Erfahrungen eines Internisten für Internisten festzuhalten und den Grundriß einer Affektphysiologie zu geben. Die Anlage des Buches, das ungeheure in ihm niedergelegte Material, die Fülle von Einzelbeobachtungen, alltäglich zu beobachtenden Wechselwirkungen zwischen Affekt und Organtätigkeit, die bis ins einzelne gehenden Literaturangaben sind aber auch für den Analytiker eine außerordentlich wertvolle Hilfe und gerade die Beschränkung auf das Deskriptiv-Phänomenologische macht die Arbeit wertvoll.

Von der Fülle des Materials sei beispielsweise erwähnt, daß die Herzgröße affektiv beeinflußbar ist, die Größenveränderungen lassen sich röntgenologisch nachweisen und können bis zu 1 cm betragen. Unter der Einwirkung der Affekte kommt es im Magensaft zu Veränderungen der Azidität, der Sekretmenge und der Entleerungszeit. Der Affekt (z. B. in der Hypnose) kann bis zur extremen Hyperazidität führen und depressorisch bis

zur histaminrefraktären Achylie! Der galleföndernde Einfluß der meisten Gemütsbewegungen ist bekannt, nur der Zorn nimmt eine Sonderstellung ein und während dieses Affektes ist der freie Gallenfluß aufgehoben. Affekteinwirkungen führen im Blut zu einer Leukozytose, die auch während des sexuellen Orgasmus zu konstatieren ist. Der Blutjodgehalt kann unter dem Einfluß von Gemütsbewegungen Werte erreichen, wie sie sonst nur bei Basedowscher Krankheit bekannt sind. M. Grotjahn (Topeka, Kansas)

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

LICHTENSTEIN, HERMINE: **Nervosität.** Ein Lehrbüchlein und Wegweiser. Verlag M. Perles, Wien und Leipzig, 1937.

Eine gebildete, feinfühlige Ärztin gibt „als Wegweiser für Nervöse" eine Darstellung der allgemeinen Nervosität und der Neurosen sowie ihrer organischen Grundlagen. In der Erklärung seelischer Zusammenhänge bleibt sie überall an der Oberfläche und begnügt sich, wissenschaftliche Lehren in wenigen Seiten einzufangen, was besonders bei der Darstellung der Psychoanalyse mißlingen mußte. Die Therapie der Autorin ist geduldiges, ethisch gefärbtes Zureden, oft nach individualpsychologischen Gedankengängen. Auch verteilte sie an die die Anstalt verlassenden Patienten kurze, öfters auch holprig gereimte Traktätchen, „die als Erinnerungsstütze für die während der Behandlung empfangenen Lehren gedacht" waren. Dies alles ist von süßlich-kleinbürgerlichen Zügen nicht frei; der seinerzeit von einem beliebten Anstaltsleiter als suggestive Panazee verordnete Kamillentee ist zwar hier nicht erwähnt, aber etwas von seinem Duft durchzieht das Büchlein, das elegisch der „Biedermeierzeit" gedenkt, wo noch Ruhe, Beschaulichkeit, Genügsamkeit und Zufriedenheit die Menschen erfüllte, während jetzt „ein großer Teil der Menschen durch Unruhe, Hast, Begierde, Genußsucht erkranke". Im Schutze einer solchen generellen Ätiologie-Theorie fällt es allerdings leichter, auf die Erkenntnis der infantilen oder aktuellen unbewußten Konflikte zu verzichten. Was nicht hindert, daß die Autorin von einem der ersten Wiener Neurologen, der sich — so erfolgreich — immer mehr um das Gehirn bemüht hat als um die Seele, in einem Geleitwort des Buches heilig gesprochen wird. E. Hitschmann (Wien)

MOLL, ALBERT: **Ein Leben als Arzt der Seele.** Verlag Reißner, Dresden, 1936.

Diese amüsanten Erinnerungen des greisen Albert Moll stellen sein Licht keineswegs unter den Scheffel. Sein Verdienst, die in Nancy gelernte Hypnose in Deutschland als erster propagiert und damit einen Anstoß zu dem Interesse für Psychotherapie gegeben zu haben, muß neben manchen anderen anerkannt werden. Doch zeigt er ein Sichbegnügen mit der Oberfläche der seelischen Phänomene der Hypnose und Suggestion, wie man es kaum erwarten würde; „im Affekt liegt ein Wesentliches bei der Suggestion", damit begnügt sich Moll. Er blieb natürlich auch bei der Beurteilung der Psychoanalyse und der Leistung Freuds, ohne Nachprüfung und tiefere Kenntnisnahme, in verstockter Gegnerschaft befangen.

Moll lobt hingegen seine „Assoziationstherapie" gegen Perversionen und Homosexualität: „sie besteht in der richtigen Leitung des Vorstellungslebens, in der methodischen Ausbildung der normalen und in der methodischen Unterdrückung der abnormen Assoziationen." Eigentlich aber komme es bei Psychotherapie nicht auf die Methode, sondern auf den Arzt an.

Moll rühmt sich denn auch, einen wesentlichen Teil seiner Lebensarbeit der Bekämpfung der Psychoanalyse gewidmet zu haben, die ihm, dem nüchternen Praktiker, für

den die menschliche Seele kein Rätsel enthält, offenbar ein Dorn im Auge war. Ein Gebiet, auf dem hingegen seine Skepsis am Platze zu sein scheint, sind Okkultismus und Spiritismus; Moll sieht sie als „ein zu untersuchendes Problem" an, hat sich aber hauptsächlich auf Entlarvungen beschränkt, die freilich noch kein voller Gegenbeweis sind. Molls Erinnerungen zeigen, daß ein Arzt der Seele nicht immer — ein Forscher der Seele sein muß.

E. Hitschmann (Wien)

Psychiatrische en neurologische Bladen, 1935, No. 4/5. N. V. Uitg. en Drukkers Mij. van F. van Rossen, Amsterdam.

Diese „Hysterienummer" enthält Referate, die in der Versammlung der Nederl. Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie am 13. Dezember 1934 in Utrecht vorgetragen wurden.

L. Bouman bringt in seinem englisch geschriebenen Artikel über „Hysteria" einen interessanten, sehr ausführlichen historischen Bericht über die verschiedenen Auffassungen des Hysterieproblems. "It is my intention to give a historical elucidation of the problem of hysteria" sagt B. Er erwähnt zwei extreme einseitige Auffassungen: eine von einem bekannten Autor (Jakob Wassermann), der in einem Roman meint: Jede Hysterie enthält ein metaphysisches Problem[1] und die zweite von Kinnier Wilson, der alle hysterischen Erscheinungen, inklusive „the temperament" physiologisch und nicht psychologisch erklären will. B. zeigt dann, daß die meisten Autoren sowohl organische wie funktionelle Ursachen für die Entstehung der Hysterie verantwortlich machen (Jaspers, Weizsäcker und viele andere). B. ist der Ansicht, daß man zwischen hysterischem Charakter, hysterischer Reaktion und hysterischen Symptomen zu unterscheiden habe. Allerdings meint er, daß jedermann „hysteriefähig" sei, obwohl natürlich hysterische Symptome vor allem bei Personen mit einem „hysterischen Charakter" auftreten werden.

B. weist dann auf die Beiträge hin, die Charcot, Janet, Breuer und Freud, Weizsäcker, Bleuler, Kraepelin, Babinski, Kretschmer, Bonhöffer, Binswanger und viele andere zu den hysterischen Problemen geliefert haben. Er erwähnt auch philosophische Gesichtspunkte (Heidegger) und anthropologische Überlegungen, die die phänomenologisch-psychologische Schule besonders in bezug auf die Erfolgsmöglichkeiten einer Psychotherapie verwenden soll.

Von den psychoanalytischen Kenntnissen des hysterischen Problems bringt B. nicht viel, was über die älteren Beiträge von Breuer und Freud hinausgeht, außer dort, wo er die Libido als „energetisches Prinzip" anerkennt.

In einer Zusammenfassung meint B., daß Lasègues Aussage: "the definition of hysteria has never been given and will never be given" in Kraft bleibt, obwohl einige Fortschritte in bezug auf das Hysterieproblem im allgemeinen zu buchen seien. "Although I am not inclined to a perfectly resigned standpoint with regard to hysteria, yet for the most fundamental questions we have to pronounce an Ignorabimus."

H. C. Rümke betont in seinem Artikel „Allgemeine psychologische und psychoanalytische Auffassungen über Hysterie", daß „er sich ursprünglich ausschließlich zur Aufgabe gestellt habe, die psychoanalytische Theorie zu skizzieren und kritisch zu besprechen." Es habe sich ihm aber gezeigt, „daß die Psychoanalyse wohl mehr als irgend eine andere Theorie die Inhalte des hysterischen Erlebens verständlich mache, jedoch nicht ausreiche, das Wesentlichste der Hysterie zu erklären."

Der Autor gibt nun eine Übersicht über die psychoanalytische Lehre, soweit sie seiner Meinung nach für das Verständnis der Hysterie von Bedeutung ist, wobei er sich auf die

1) Jakob Wassermann: Joseph Kerkhovens dritte Existenz.

„Studien über Hysterie" von Breuer und Freud und Fenichels Buch „Hysterien und Zwangsneurosen" beruft.

R. betont einige Male, daß er im großen und ganzen die psychoanalytische Theorie bejahe. Für den Psychoanalytiker wird es aber klar, daß R. viele Funde Freuds nicht wirklich akzeptiert oder anders zu interpretieren versucht. Besonders deutlich zeigt das eine Stelle im Referat, wo R. diejenigen Untersucher kritisiert, die (wie Bumke und Hoche) „noch immer meinen, daß diese psychoanalytischen Betrachtungen keinerlei Wert haben, allenfalls ‚Literatur' sind, aber dann jedenfalls keine gute." R. sagt hier anschließend wörtlich: „An dieser Beurteilung ist die starke Konkretisierung in der Terminologie Freuds schuld. Wörter wie ‚Ödipuskomplex' und ‚Kastrationskomplex', besonders das letztere, sind so störend konkret. In dieser konkreten Form — dies wollen wir durchaus zugeben — werden sie selten beobachtet. Das Geschehen, das ihnen zugrunde liegt, ist so außerordentlich komplex, so wenig prägnant und entweder gar nicht oder unscharf durchlebt. Man könnte sagen: Der Ödipuskomplex ist die idealtypische Struktur, die konkret vielleicht wohl nie zu finden ist, an welcher wir uns jedoch orientieren und die Erscheinungen ordnen und prüfen können." Jeder praktische Analytiker weiß, wie real die kindlichen Objektbeziehungen zu den Eltern, die Freud unter dem Namen „Ödipuskomplex" zusammenfaßte, sind, wie heftig und intensiv das kleine Kind seine Angst vor Beschädigung oder Verlust seines Genitales erlebt. Ja, die gewissenhafte Beobachtung kleiner Kinder kann dem unvoreingenommenen Beobachter diese Phänomene täglich vor Augen führen.

Die Kritik Rümkes an der psychoanalytischen Auffassung der Hysterie konzentriert sich schließlich um den Vorwurf, daß diese Lehre „nur einen Teil der Persönlichkeit sichtbar macht und das Ganze, oder vielleicht besser, den Kern der Persönlichkeit nicht oder kaum sieht." Freud sähe nur Inhalte und Dynamismen der hysterischen Symptome, er übergehe das Studium der „Form", des „hysterischen Charakters", des Merkmals der „Unechtheit" im Benehmen der Hysteriker, wie R. es verschiedentlich ausdrückt. Der Autor bespricht nun nacheinander einen Artikel van der Hoops „Über die Beziehung zwischen Psychismus und Typus bei Hysterischen", die Lehre Klages' „Vom Charakter der Hysterie" und die Lehre Zutts.

R. meint, daß diese Lehren etwas dazu beitragen, die Lücken im Verständnis der Hysterie auszufüllen. Er erwähnt van der Hoops Meinung, daß das „überwiegende Fühlen" beim „extravertierten Fühltypus" zu hysterischen Reaktionen führt, vor allem das Theatralische des Hysterikers zu erklären vermag. Nach R. wird von Klages zum ersten Male das „mangelhafte Vermögen zur unwillkürlichen Äußerung" des Hysterikers zentral gestellt, das „von einer Störung im instinktiven Leben" herrühre, welche gleichzeitig zur „Lebensohnmacht" führe. R. ist nun der Meinung, daß Zutt durch seine Beschreibung der „inneren Haltung" eine weitere Differenzierung der Ausdruckspsychologie bringt. Beim Hysteriker sei „der Ausdrucksgehalt demonstrativ, übertrieben", „der Affekt wirke unmittelbar auf die innere Haltung." „Die Steuerung durch die Umgebung sei zu stark." Zutt will durch die Verschiedenheit zwischen Ausdrucksgehalt der inneren Haltung und den eigentlichen Affektlagen die „Unechtheit" des hysterischen Charakters erklären.

Es folgt nun ein Versuch im Sinne Kronfelds, Binswangers und Jaspers', die Hysterie anthropologisch zu ergründen. R. weist auf die mangelhafte Kommunikation mit der Umwelt hin, gelangt jedoch zur Schlußfolgerung, daß er sich von diesen Versuchen nicht befriedigt fühlt.

Zum Schluß bringt der Autor eigene Betrachtungen, die sich nicht weit von den vorher gebrachten phänomenologischen Beschreibungen entfernen. Er kommt zum Ergebnis, daß er „aus psychologischen Gründen die Hysterie nicht als einen allgemeinen Reaktionstypus betrachte." Es gebe einen hysterischen Charakter, der zur Hysterie dispo-

niere, und der Autor sieht in der Unechtheit einen der allerwesentlichsten Faktoren dieses hysterischen Charakters. Als letztes folgt eine Zusammenfassung, in welcher der Autor auf die drei Seiten des Problems hinweist, mit denen seine Untersuchung in Berührung kam. Er nennt sie 1. die funktionell organische Grundlage der Hysterie, 2. die Psychologie und Phänomenologie, 3. die Anthropologie.

Es folgt nun ein drittes interessantes Referat von Dr. A. J. Westerman-Holstijn über „Hysterische Reaktionen und Entwicklungspsychologie". Der Autor scheint in seinen Auffassungen der Psychoanalyse am nächsten zu stehen. Er bringt die Kraepelinsche Definition über Hysterie, weil hier, wie er sagt, „der entwicklungspsychologische Standpunkt zum ersten Male deutlich vertreten wird". Er bringt dann die Kretschmersche Auffassung der Hysterie als eines mangelhaften Ausgleichs zwischen den zwei „Willen", dem sogenannten „Zweckwillen" und der „Hypobulik"; weiterhin MacDougalls und Rivers Theorien. Die Unterscheidung Rivers zwischen epikritischen und protopathischen Instinkten wird, ebenso wie der Zweckwille und die Hypobulik Kretschmers, vom Autor in Parallele zum „Ich" und „Es" Freuds gebracht. Nach Westerman-Holstijns Auffassung wird die beim Hysteriker vorhandene mangelhafte Bewältigung der Konflikte zwischen Ich (Über-Ich) und Es nicht nur durch Milieu und Erlebnis verursacht, sondern es gebe ein angeborenes konstitutionelles Manko, das er entwicklungsgeschichtlich nachzuweisen versucht. Auch in dieser Auffassung weicht W.-H. nicht von der alten Freudschen ab. Der Autor bringt nun interessante Beispiele von Massenhysterien aus dem Mittelalter, aus der Renaissance und aus der Antike. In den mittelalterlichen Hexenverbrennungen z. B. sieht er sowohl hysterisches Verhalten der „Hexen" als auch der sie folternden Inquisitoren. Er meint ein primitives Verhalten mit dem hysterischen mehr oder weniger gleichsetzen zu können und sagt wörtlich: „Die ‚hysterische Psyche' können wir also definieren mit: primitive Triebkonstellation (Es), primitive Ideale (Über-Ich), primitiver Geist (Ich). Die Relativität und vorläufige Unschärfe des Begriffes ‚primitiv' scheint hier mit der notorischen Unbegrenzbarkeit der Hysterie zusammenzufallen. Jedoch hat dieser Begriff ‚primitiv' große Vorteile gegenüber den unglücklichen Begriffen: übertrieben, zu lebhaft, verzerrt, verstärkt, zu triebartig, ungewöhnlich ausgedehnt usw., die bis jetzt kein Psychiater vermeiden konnte. Denn jetzt stehen wir vor der Aufgabe, aber auch vor der Möglichkeit, in jedem einzelnen Fall festzustellen, bei welchem Punkt der Entwicklung von Es, Ich und Über-Ich der Patient stecken geblieben ist."

Diese „Primitivität" habe sich entwicklungsgeschichtlich wellenartig fortentwickelt, sie sei nicht nur bei den primitiven Völkern, sondern auch bei den Kulturvölkern von den antiken bis zu denen der Gegenwart vorzufinden.

In einigen Schlußbemerkungen über das Verhältnis der Therapie zur Entwicklungspsychologie meint W.-H., daß in früheren Zeiten eine Art kathartische Therapie bereits geübt wurde, die später durch die persuasiv-edukative, auf reiner Kenntnis beruhende ergänzt wurde. Er sieht in der psychoanalytischen Therapie, in der Freud „das dionysische mit dem apollinischen Element vereint", die „historisch wohl vollständigste Form der Hysterietherapie gegeben."

Der letzte Artikel ist ein in holländischer Sprache verfaßter von Dr. H. W. Steuvers „Hysterie en Reflexen", in welchem die Probleme von neurologischer Seite betrachtet werden. Der Autor polemisiert zuerst gegen die Begriffe „Hysterie" und „Psyche". Letzteren will er durch das Wort „Verhoudingsleven" (Verhaltungsleben), „Hysterie" solle man durch „funktionelle Störungen im Verhaltungsleben" ersetzen. Im zweiten Teil des Artikels wird eine historische Übersicht über die Entwicklung des Begriffes „Reflex" gegeben. Schließlich weist der Autor auf die hohe Bedeutung der Pawlowschen Theorie des bedingten Reflexes hin. Er meint, daß das Studium des bedingten Reflexes für das Ver-

ständnis der sogenannten hysterischen Erscheinungen wichtiger sei als das der psychischen Reize, die zu einem bestimmten Benehmen der Person geführt haben. Auch für die Therapie scheint diese Auffassung dem Autor wichtig zu sein. Er gibt einige Beispiele, wo die Entfernung von Angehörigen, Applikation von Brom und ähnliche Therapien hysterische Zustände geheilt haben sollen.

Zum Schluß folgt noch ein Bericht von H. C. Rümke über den Zweiten Internationalen Neurologenkongreß, der vom 29. Juli bis zum 2. August 1935 in London stattgefunden hat.

J. Lampl-de Groot (Wien)

TRÜB, HANS: **Psychosynthese** als seelisch-geistiger Heilungsprozeß. Max Niehans Verlag, Zürich-Leipzig, 1936, 48 S.

Der verstorbene Liebermann hat in seinem Salzburger Kongreßvortrag 1924 über monosymptomatische Neurosen (vergl. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. X, S. 213) den Ausdruck geprägt von der magischen Geste, mit welcher ein derart Erkrankter demjenigen, auf den er seine Neurose jeweils richtet, gleichsam vormacht, wie er leiden oder zugrunde gehen soll. Was unser Autor nun will, ist gewissermaßen die Gegengeste, die dem von Liebermann empfohlenen abgekürzten Verfahren entspricht.

So sehen wir auch auf dem Gebiete der Psychotherapie gewisse Anregungen verschwinden, um nach Jahren unter neuem Namen und in neuem Gewande Auferstehung zu feiern.

A. Kielholz (Königsfelden)

WILDER, JOSEF: **Unheilbare Neurose und „Unheilbarkeits-Neurose".** „Der Nervenarzt", 1936, Heft 4.

Der Verf. faßt eine Reihe verschiedener klinischer Bilder, wie Zwangsneurosen, Neurasthenien, Tics, Hysterien, besonders aber hypochondrische Bilder, unter dem Namen „Unheilbarkeitsneurosen" zusammen, worunter er Fälle versteht, die von Arzt zu Arzt gehen oder geschoben werden, die aber immer wieder ungeheilt abgehen, den aufgegebenen Arzt nachher kritisieren, ihm weitere Verschlechterung ihres Leidens in die Schuhe schieben, ihn als Betrüger bezeichnen. Das Ressentiment gegen die Ärzte, nicht eine „negative Übertragung" gegen einen Psychotherapeuten sei charakteristisch; eine eigenartige haßerfüllte Bindung an die Ärzte liege zugrunde. Die Psychogenie dieser Einstellung nun beruhe in allen Fällen auf einer tatsächlich stattgehabten Behinderung oder Unterbindung ihrer manchmal normalen, manchmal perversen Sexualität durch Eingreifen der Ärzte. Das Ressentiment, bezw. der ständige „Rachefeldzug" gegen die Ärzte trete in diesen Fällen ganz oder teilweise an Stelle der unterbundenen Sexualbefriedigung, was seine tiefe affektive Verankerung erkläre.

Eine komplette Analyse könne bei solchen Kranken gar nicht zustandekommen, aber der Autor habe doch mit der Methode der psychoanalytisch gefärbten Konversation jahrelang und länger (wenn auch mit Pausen) behandelt. Der erfahrene Autor bezeichnet die kurze Arbeit nur als eine Anregung, diesen Fällen eine erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Referent vermutet, daß in solchen Fällen der erste Arzt die technische Führung und Deutung der Übertragung verfehlt hat, zumal wenn die Behandlungsmethode nicht eine regelrechte Analyse gewesen ist. Doch gibt es auch Triebquantitäten und Komplex-Intensitäten, welche lange Zeit unüberwindbar scheinen und es — nicht nur — in einer vorzeitig abgebrochenen Analyse auch bleiben. Wie vorsichtig die Erteilung eines Sexualverbotes geschehen muß, lehrt die Technik der Analyse seit jeher.

E. Hitschmann (Wien)

Aus der psychoanalytischen Literatur

ALEXANDER, FRANZ: **Addenda to "The Medical Value of Psychoanalysis".** Psa. Quarterly, V/4.

Einige Kapitel, die der Neuauflage des genannten Buches hinzugefügt werden sollen, erscheinen hier im Vorabdruck. Sie befassen sich mit den psycho-physischen Zusammenhängen und der „Vektoranalyse". Sie bemühen sich vor allem darzustellen, daß in der Konversionshysterie an der willkürlichen Muskulatur oder an dem Sensorium ohne weiteres zugänglichen Organen spezielle unbewußte Phantasien zur Darstellung kommen; daß sich jedoch bei den eigentlichen Organneurosen im vegetativen Bereich nicht spezielle unbewußte Phantasien, sondern nur allgemeine psychische Haltungen (die den verschiedenartigsten Inhalten entsprechen können) widerspiegeln. Bei organischen Krankheiten pflegen sich dabei zwischen veranlassender allgemeiner psychischer Haltung und physischem Endeffekt ganze Ketten von intermediären physiologischen Prozessen zwischenzuschalten, die erst den ganzen Ablauf verständlich machen. Die zugrundeliegenden allgemeinen Haltungen werden von der „Vektoranalyse" erfaßt und äußern sich in Einverleiben, Ausscheiden und Zurückhalten, bezw. im Verhältnis dieser drei Grundtendenzen zueinander.

O. Fenichel (Prag)

BRICKNER, RICHARD M. und KUBIE, LAWRENCE S.: **A Miniature Psychotic Storm Produced by a Superego Conflict over Simple Posthypnotic Suggestion.** Psa. Quarterly, V/4.

Eine 22jährige männliche Versuchsperson erhielt zwei posthypnotische Aufträge. Einer, der in einem voller Amnesie verfallenen Teil der Hypnose gegeben war, wurde glatt ausgeführt. Der zweite, den die Versuchsperson, als sie posthypnotisch den Impuls verspürte, als aus der Hypnose stammend agnoszierte, erregte seinen Widerspruch. Er sollte von zwei Wassergläsern, von denen eines gerade, das andere verkehrt auf dem Tische steht, das aufrechte nehmen und gleichfalls umkehren. Er dachte, daß dieser Befehl seinem ganzen — sehr ordnungsliebenden — Charakter widerspreche und daß er deshalb nicht gehorchen wolle. Nach einer kurzen Latenzzeit fühlte er sich übel und verlangte nach einem Glas Wasser. Auch danach ließ ihm der Konflikt zwischen Hypnoseauftrag und seinem Widerspruch dagegen (zwischen „Über-Ich-Schmarotzer" und genuinem Über-Ich) keine Ruhe. Er konnte nicht aufmerken, bekam Angst, wurde unruhig und schließlich deprimiert, bis er mit einem raschem Entschluß das Glas doch umkehrte und sich sofort befreit fühlte.

Die Übelkeit, die zu dem Verlangen nach einem Glas Wasser führte, wird von den Autoren als eine Art artefizieller Konversionshysterie aufgefaßt, indem das Trinken des Wassers wohl einen Ersatz für den „verdrängten" Impuls, ein Wasserglas umzukehren, darstellte.

Was folgt, ist ein artefizieller „psychotischer Sturm in Miniatur": „In seinem Kampf mit einem Befehl, dem er gleichzeitig gehorchen mußte und nicht gehorchen durfte, wurde er unfähig, irgend eine Entscheidung oder Wahl zu treffen, und verlor sich in einen Zustand von gespannter Erregung, wie er bestimmte Typen von zwangsneurotischer Depression charakterisiert." Während der erste Auftrag erst mit der Ausführung vom Patienten als posthypnotischer erkannt wurde — wie ein hysterisches Symptom mit dem Bewußtwerden des zugrunde liegenden Konfliktes schwindet —, wurde der zweite Auftrag zunächst trotz Wissens um seine Herkunft nicht ausgeführt. Daran war eben der tiefe Konflikt schuld, der zwischen altem und neuem Über-Ich tobte. Die Autoren meinen, daß sich, wenn nicht die harmlose Natur des Auftrages den Sieg des „Über-Ich-Schmarotzers" er-

möglicht hätte, wahrscheinlich irgend ein „Wiederholungszwang" entwickelt hätte, weil unerledigte Über-Ich-Impulse stets zu Ersatzhandlungen von „Wiederholungs"charakter drängen. Erzieher fungieren in dieser Hinsicht wie Hypnotiseure. Sträubt sich ein Kind, einem Gebot zu gehorchen, so entstehen oft Zwänge, deren immer neuerliche Wiederholung dem Druck eines unerledigten posthypnotischen Auftrages entspricht.

O. Fenichel (Prag)

DANIELS, GEORGE E.: **Analysis of a Case of Neurosis With Diabetes Mellitus.** Psa. Quarterly, V/4.

Die Arbeit ist eine interessante Studie über einen Patienten mit Diabetes mellitus (und zwar mit jener Spezialform, bei der Symptome von seiten des autonomen Nervensystems im Vordergrund stehen), vaso-vegetativen Symptomen, Tics, Konversionssymptomen und vor allem Angst und Erotisierung dieser Angst. Bei der Psychoanalyse, die der Autor mit dem Patienten vornahm, zeigte sich ein deutliches Schwanken auch der diabetischen Erscheinungen (sowohl der subjektiven als auch der objektiven, wie Zucker im Urin, Blutzuckergehalt, Insulinschocks) im Zusammenhang mit den Vorgängen in der Analyse. Im Vordergrund standen ein mächtiger aus der Kindheitsgeschichte verständlicher Kastrationskomplex, der sich vor allem in einer unbewußten Angst vor der Erektion — entsprechend einer unbewußten Weiblichkeitsphantasie — manifestierte, was sich besonders deutlich in einem fast suchtartigen Verhalten des Patienten zu seinen Insulinspritzen zeigte, — sowie damit zusammenhängende unbewußte Aggressionskonflikte. Daniels hat den Eindruck, daß Angst und Hyperinsulinismus, Konversionssymptome (Angstbindungen) und Hyperglykämie einander entsprechen. Er geht so weit zu meinen, daß die Analyse, wäre nicht ein vorzeitiger Abbruch notwendig gewesen, möglicherweise auch zur Ausheilung des Diabetes geführt hätte.

Eine der Arbeit angeschlossene Diskussion, an der sich Lewin, Engle, Fliess, Kardiner und Jelliffe beteiligten, läßt erkennen, wie vieles an den Problemen des psycho-physischen Zusammenhanges noch prinzipiell ungelöst ist. Fliess trägt besonders zur Klärung der Begriffsbildung und damit der Problemstellung bei. Kardiner versucht seine bekannte Auffassung der Organneurosen, derzufolge die Symptome der Stauung entsprechen, die eine Folge einer Einstellung oder Abschwächung von Ichfunktionen ist, auf Daniels' Fall anzuwenden. Jelliffe macht auf die tiefe unbewußte Aggressionsneigung aufmerksam, die er jedesmal bei Diabetikern antraf.

O. Fenichel (Prag)

MENNINGER, KARL A.: **Psychological Factors in Urological Disease.** Psa. Quarterly, V/4.

Die Arbeit stimmt mit der das gleiche Thema behandelnden von Christoffel[1] (die der Autor nicht heranzieht) darin überein, daß man die urologischen Krankheiten nicht einfach in „somatogene" und „psychogene" einteilen könne. Auch an rein organischen Störungen können psychische Kräfte auf verschiedenerlei Weise Anteil haben. So können gleichzeitig vorhandene Impotenz und Prostatitis sehr verschieden miteinander zusammenhängen, da Affekte ja auch physiologische Prozesse verändern. Manchmal gibt es spontane Schmerzen oder Haemorrhagien ohne jeden äußeren Anlaß, manchmal werden unspezifische Infektionen in psychische Zusammenhänge eingereiht, manchmal endlich spezifische Infektionen durch das Verhalten des Ichs direkt herbeigeführt. Das Beispiel, das

1) Christoffel: Harntriebäußerungen, insbesondere Enuresis; Urophilie und Uropolemie. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XXI, 1935.

M. für die erste Möglichkeit zitiert, ist nicht überzeugend. Ein in psychische Zusammenhänge deutlich eingebauter Anfall von krampfhaften Bauchschmerzen mit nachfolgender Haematurie bei einem Patienten von Finlayson, in dessen unbewußtem Sexualleben eine passiv-homosexuell orientierte Urethralerotik die Hauptkomponente bildet, den Menninger für psychogen hält, erweckt trotz negativen Röntgenbefundes den Verdacht auf Nephrolithiasis. Die Beispiele dafür, daß unspezifische Infektionen durch eine psychogene Herabsetzung des lokalen Widerstandes gefördert werden können, leuchten mehr ein. Eine prostatitische Infektion kam als Lösung unbewußter Konflikte einem Patienten wirklich zur rechten Zeit. Sicher gibt es auch die dritte Möglichkeit, daß eine spezifische Infektion unbewußt tendenziös — den Fehlhandlungen analog — herbeigeführt wird. Aber Ref. würde bei der Annahme, daß dieser Sachverhalt vorliege, vorsichtiger sein als der Autor und nicht ohne weiteres eine „unbewußte autonome Kontrolle über die Prozesse der Immunität und Antisepsis" annehmen. Der Patient von Wilson freilich, der ausdrückliche Ratschläge für Prophylaxe vernachlässigt, erweckt einwandfrei den Eindruck, „als ob er an seiner Infektion zu hängen schien"; aber man kann auch „zufällige" Infektionen sekundär im Sinne unbewußter Konflikte „benutzen"; welche Möglichkeit allerdings auch Menninger erwähnt.

O. Fenichel (Prag)

Bulletin of the Menninger Clinic, I, No. 5, Mai 1937: Sigmund Freud, May 6, 1856.

Die Zeitschrift der Menninger Clinic bringt zum 81. Geburtstag von Prof. Freud eine ihm gewidmete Festnummer heraus. Sie will zeigen, wie die Klinik sich bemüht, Erkenntnisse der Psychoanalyse in ihrer praktischen Psychotherapie — sowohl bei Patienten, die eine regelrechte Analyse durchmachen, als auch bei solchen, die anderen psychotherapeutischen Maßnahmen unterzogen werden — zu benützen.

Der einzige Mitarbeiter der Zeitschriftnummer, der nicht selbst in Topeka wirkt, Simmel, setzt in einem Einleitungsartikel auseinander, wie er sich die psychoanalytische Arbeit in Klinik und Sanatorium stets gedacht hat und welche Vor- und Nachteile einer solchen Arbeit gegenüber der ambulanten Analyse zukommen; er erzählt die Geschichte seines Tegeler Institutes und stellt fest, daß ein Besuch in Topeka ihn davon überzeugt hat, in welch erfreulichem Sinn seine dort begonnenen Bestrebungen hier unter Menningers Leitung fortgesetzt werden.

Die Berichte der Kollegen aus der Klinik selbst machen uns im Detail mit der dortigen Arbeitsweise vertraut: Für jeden Patienten wird nach genauer Anamnese und Beobachtung auf Grund einer Beurteilung nach psychoanalytischen Prinzipien ein therapeutisches Programm festgesetzt, das den Grad der ihm zugestandenen Freiheiten, Art und Quantum der Beschäftigungs- oder Physiotherapie usw. bestimmt. Die Ausarbeitung dieses Programms obliegt einem psychoanalytisch geschulten Psychotherapeuten und erfolgt in Gemeinschaft mit anderen Kollegen auf klinischen Konferenzen, und zwar geschieht dies in gleicher Weise bei Patienten, die einer Analyse unterzogen werden, wie bei solchen, bei denen dies nicht der Fall ist. Bei jenen hält man daran fest, daß der das Programm bestimmende Arzt nicht mit dem Analytiker identisch sei. Es wird zwar nicht ausdrücklich vermieden, daß der Analytiker mit dem betreffenden Psychotherapeuten spreche und, wenn nötig, Ratschläge erteile, im allgemeinen aber soll der Psychotherapeut bei seiner Programmaufstellung unabhängig vom Psychoanalytiker vorgehen und sich von seinen eigenen Eindrücken leiten lassen. Man will damit erzielen, daß dieser Psychotherapeut und seine Maßnahmen in der Analyse die Rolle spielen, die in der ambulanten Analyse die äußere Realität spielt. Die Autoren meinen, daß die Vorteile einer solchen Regelung die Nachteile überwiegen, die dadurch entstehen, daß die Gestaltung der Übertragung sich auf

solche Weise kompliziert. Allerdings übersehen sie auch nicht, daß solche Komplikationen auch schwere Störungen in der Analyse abgeben können.

William Menninger führt aus, wie die psychoanalytischen Gedankengänge, die bei der Aufstellung des therapeutischen Programms ausschlaggebend sind, nachgeprüft werden können an den Fällen, die gleichzeitig in Analyse sind und bei denen daher die psychische Wirkungsweise der nichtanalytischen, therapeutischen Maßnahmen analytisch klargestellt werden kann. Zahlreiche Beispiele illustrieren dies, wovon ich einige nenne: Ein Patient arbeitet sehr eifrig in den Werkstätten der Klinik, aber die Produkte sind von minderwertiger Qualität; er ist voll von Schuldgefühlen wegen unbewußter Aggressionen gegen seine Familie, arbeitet viel, um diese Schuld zu sühnen, aber die Aggression setzt sich in der schlechten Qualität der Produkte dennoch wieder durch. Ein Patient versprach immer alles mögliche, leistete aber praktisch nichts; es war eine Art Rache, die eigentlich seinen Eltern galt. Wieder ein anderer zeigte in seiner Arbeitsweise fast unverändert anale Gewohnheiten seiner Kindheit. Äußere Auflehnung bei innerer Unselbständigkeit war bei einem anderen Patienten eine Übertragung seiner Einstellung zu seinem Vater. Im Verhalten der Patienten gegenüber physiotherapeutischen Maßnahmen spiegeln sich ihre sexuellen Verhaltungsweisen wider.

Knight diskutiert die Indikation der Anstaltsanalysen und ihre besonderen Schwierigkeiten, besonders die Einleitungsschwierigkeiten (etwa im Falle von Patienten, die von Angehörigen gegen ihren eigenen Willen in die Anstalt gebracht wurden) und Übertragungsbesonderheiten.

Reider bespricht das psychotherapeutische Programm bei analytischen Patienten.

Tidd berichtet den Fall eines psychosenahen Schizoiden, in dessen Behandlung es gelang, eine bedeutungsvolle Zuwendung zur Realität zu erreichen, die dann auch die Anwendung einer mehr klassischen Methode der Analyse ermöglichte; dies gelang hauptsächlich durch analytische Behandlung seines Verhältnisses zum Vater, in dem eine heftige Aggression hinter einer oberflächlichen passiven Feminität verborgen war.

Nicht nur Berichte über die Arbeit an der Menninger Clinic enthalten die interessanten Arbeiten von Grotjahn über die Beziehung von Kinderanalyse und Erziehung, die seither auch in deutscher Sprache erschien („Kinderanalyse und Erziehung im Rahmen der psychoanalytisch orientierten Schule", Zeitschrift f. psa. Päd., Bd. XI, 1937), und der Vorabdruck eines Kapitels aus einem Buche von Karl Menninger über Selbstzerstörung, in dem die Möglichkeit diskutiert wird, daß organische Krankheiten unbewußt gewünscht und tendenziös herbeigeführt werden könnten.

Ein Artikel von Knight „Ein Besuch bei Freud" wäre besser weggeblieben.

O. Fenichel (Prag)

TOFFELMIER, GERTRUDE, und LUOMALA, KATHERINE: **Dreams and Dream-interpretation of the Diegueno Indians of Southern California.** Psa. Quarterly, V/2.

Die große Bedeutung, die in indianischen Kulturkreisen dem Traumleben beigemessen wird, war schon verschiedentlich Gegenstand psychoanalytischer Untersuchungen.[1] Die Autorinnen bereichern dieses Material durch ausführliche Unterredungen mit einem „Traumdoktor" des kalifornischen Diegueno-Stammes.

Aus seinen Berichten geht hervor, daß dort bestimmte Träume, nämlich Inzest- und Geisterträume, nicht etwa mit magischen Zeremonien, sondern mit einer Art Traum-

1) Pfister: Instinktive Psychoanalyse unter den Navaho-Indianern. Imago, Bd. XVIII, 1932.
Róheim: Über-Ich und Gruppen-Ideal in „Die Psychoanalyse primitiver Kulturen". Imago, Bd. XVIII, 1932.

analyse durch den Traumdoktor, den man konsultiert, beantwortet werden, der psychische und physische Heilmaßnahmen folgen. Der Traumdoktor wird in seinen Beruf unter bestimmten Zeremonien, in denen der Gebrauch des Pharmakons Toloache die Hauptrolle spielt, eingeführt, die Träume, die er während dieser Zeit hat, entscheiden über seinen Namen, seinen Schutzgeist, seine besonderen Fähigkeiten und Heilmethoden. — Der Traumdoktor teilte alle Träume ein in „sinnlose", die nicht gedeutet zu werden brauchen und die bei Frauen und Kindern vorkommen, „normale Träume", die von jedermann gedeutet werden können, und „bedeutungsvolle Träume", die ihn angehen. Da sind zunächst die „Geisterträume", Träume von geistig Gestörten, den sogenannten Kimilue und Echul, vermutlich Hysterikern, die der Traumdoktor durch aufrichtige Aussprachen, denen meist der Rat zur Heirat folgt, heilt. Sodann Inzestträume, die sehr gefürchtet sind, weil man annimmt, daß jemand, der solches träumt, es auch in Wirklichkeit tun könnte; auch da hilft Aussprache und Heiratsrat oder Milieuwechsel; bei der Aussprache hilft die angebliche Allwissenheit des Medizinmannes, es erleichtert die Aufrichtigkeit, wenn der Patient glaubt, der Doktor wisse ohnedies schon alles, was er erzählen wird. „Bedeutungsvoll" sind ferner Träume von Zwillingen, von Leuten, die mit der „Glückshaube" geboren wurden, Träume von Frauen, die nicht menstruieren, und natürlich die Träume der eingeweihten Traumdoktoren selbst. Der Gewährsmann gab auch ausführlich Auskunft über seine eigenen Träume, sowohl über die in ihrem Inhalte konventionell festgelegten Toloache-Träume, als auch über spätere individuelle „prophetische" Träume, die ihm affektiv starken Eindruck gemacht hatten.

O. Fenichel (Prag)

WEIGERT-VOWINCKEL, EDITH: **A Contribution to the Theory of Schizophrenia.** Int. Journal of PsA., XVII/2.

Die psychoanalytische Schizophrenieforschung hat die psychomotorischen Erscheinungen, besonders die katatonen, bisher noch wenig untersucht. Nach Referat der theoretischen Gedankengänge, mit deren Hilfe die Psychoanalyse die schizophrenen Mechanismen zu verstehen sucht, wendet sich die Autorin hauptsächlich diesen Fragen zu. Während bei den paranoiden Erkrankungen die der Regression zum Narzißmus folgenden Restitutionsversuche im Vordergrunde stehen, was einem stärkeren Widerstand des Ichs entspreche, das sich seiner Auflösung widersetze, habe bei katatonen Erkrankungen ein chaotisches Gemenge von organlibidinösen Bestrebungen den Platz einer zusammenhängenden Ich-Organisation eingenommen. Aber auch in der Katatonie könne immer noch eine bestimmte Tendenz zur Vereinheitlichung beobachtet werden. Wenn die höheren Regulatoren der Integration vernichtet sind, treten Regulatoren einer niederen Stufe in Funktion, und die archaischen psychomotorischen Mechanismen üben eine viel starrere Kontrolle aus als das gesunde Ich. Der Wegfall der sonst vom Ich ausgehenden Hemmungen führe ebensowenig zu ungehemmter Motorik, wie der Wegfall zerebraler Hemmungen zu einem ungehemmten Bewegungssturm der willkürlichen Muskulatur; wie in diesem Falle die Unsumme von Reizen, die die spastisch innervierte Muskulatur trifft, zur Lähmung führt, so entstehe auch bei der Katatonie eine Lähmung der Persönlichkeit. Die vom Ich nicht mehr kontrollierten Automatismen sind — im Gegensatz zu den vbw Automatismen des Normalen — bewußtseinsunfähig und werden daher von den noch vorhandenen Ich-Resten als völlig ichfremd, etwa als „von außen gemacht", empfunden, das bewußte Ich, das zwischen Impuls und Hemmung unterscheiden konnte, ist ersetzt durch ein starres Gleichgewicht der Kräfte von Impuls und Hemmung, die sich die Waage halten. Die katatonen Arten der Reaktion auf Objekte hält die Autorin — in Analogie zu der von Bernfeld beschriebenen „Faszination der Säuglinge" — für Ich-Regressionen zu einer pränarzißtischen Stufe mit noch ungeformten Ich-Grenzen und

unentwickelter Objekterfassung und -bewältigung. Echolalie und Echopraxie entsprechen einer primären Identifizierung, Befehlsautomatie einem fixierten Kompromiß zwischen Trieb und Hemmung auf der Stufe einer solchen tiefen Ich-Regression, Negativismus einer entsprechenden Ablehnung der Objektwelt. Die katatonen Affektstörungen entsprechen dem Umstand, daß die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Affekterlebnissen zerrissen sind und der einzelne Affekt erstarrt und automatisiert ist. Oft sind dabei die Identifizierungen, die am Aufbau des Ichs teilhatten, aufgespaltet und treten nacheinander in Erscheinung. Wie an Stelle des regulierenden Ichs eine archaischere innere Haltung, so treten an Stelle der willkürlichen Motorik archaische automatische „motorische Dispositionen".

O. Fenichel (Prag)

KORRESPONDENZBLATT
DER
INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

Redigiert vom Zentralsekretär **Edward Glover**

Jean Frois-Wittmann †

Die Société Psychanalytique de Paris und mit ihr die Internationale Psychoanalytische Vereinigung beklagen das Hinscheiden ihres Mitgliedes Jean Frois-Wittmann.

I. Preisausschreiben
des Psychoanalytischen Lehrinstitutes in London

Die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung werden daran erinnert, daß die Bewerber im Preisausschreiben für klinische Aufsätze ihre Arbeiten an den Ehrensekretär des Psychoanalytischen Instituts in London bis längtens 31. März 1938 einsenden müssen.

Die Bedingungen für den Wettbewerb sind in der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse", Band XXII, Heft 1 enthalten.

II. David Eder-Stiftung

Der Absicht entsprechend, eine Bibliothek zum Gedächtnis an Dr. David Eder in der Hebräischen Universität in Jerusalem zu errichten, ließ Dr. Jones einen Sammlungsaufruf an die Mitglieder der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung ergehen. Gleichzeitig wurde ein Aufruf an zionistische und andere Kreise, in denen Dr. Eder eine hervorragende Rolle gespielt hatte, erlassen. Die Summe, die von der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung zusammengebracht wurde, betrug £ 165. Zusammen mit dem Betrag, den man auf Grund des allgemeinen Aufrufs erhalten hatte, ergab sich eine Gesamtsumme von etwas über £ 600, die der Universität zur Verfügung gestellt wurde.

Professor Weil hat den Wunsch, seine dankbare Anerkennung für diesen Beitrag auszudrücken; es werden Schritte unternommen, diese Summe für die Ausgestaltung der Bibliothek zu verwenden. Ein Grundstock wurde bereits mit Dr. Eders eigener Bibliothek gelegt; dieser Umstand zusammen mit den Erwerbungen, die nachher gemacht wurden, wird es ermöglichen, daß die psychoanalytische Lehre in genügendem Maße in der Bibliothek vertreten sein wird.

III. Mitgliederverzeichnis der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung

Unmittelbare Mitglieder:

Barinbaum, Dr. Moses, Berlin N., Müllerstraße 182.
Fromm, Erich, International Institute of Social Research, 429 West 117th Street, New York, N. Y.
Garma, Dr. Angel, 14 rue George Sand, Paris XVI e.
Hänel-Guttmann, Dr. Irene, Berlin-Westend, Stormstraße 9.
Happel, Dr. Clara, 8120 E. Jefferson Avenue, Indian Village Manor, Detroit, Mich.
Hofe, Dr. Marie Kalau vom, Berlin-Wilmersdorf, Jenaerstraße 7.
Hoffmann, Dr. Jacob, c/o Prof. A. Marx, 100 Morningside Drive, New York, N. Y.
Jacobssohn, Dr. Edith, Berlin W. 15, Emserstraße 39.
Kempner, Dr. Salomea, Berlin-Wilmersdorf, Güntzelstraße 13.
Kluge, Walter, Berlin-Halensee, Albrecht-Achillesstraße 2a.
Koch, Dr. Adelheid, Caixa Postal 4164, Sao Paolo, Brazil.
Kraft, Dr. Erich, Berlin N. 65, Reinickendorferstraße 1.
Lewy, Dr. Ernst, Berlin-Neukölln, Bergstraße 132.
Schneider-Lantos, Dr. Barbara, 2b Winchester Road, London N. W. 3.
Simonson, Dr. Emil, Tel-Aviv, Ness Zionastreet 6, Palestine.

The American Psychoanalytic Association

A Federation of Psychoanalytic Societies

Konstituierende Vereinigungen:

The Boston Psychoanalytic Society.
The Chicago Psychoanalytic Society.
The New York Psychoanalytic Society.
The Washington-Baltimore Psychoanalytic Society.

Vorstand:

Dr. A. A. Brill *(Ehrenpräsident).*
Dr. I. H. Coriat *(Präsident).*
Dr. Adolph Stern *(Vizepräsident).*
Dr. Lewis B. Hill *(Sekretär).*
Dr. Thomas M. French *(Kassier).*

(Die Namen und Adressen der Mitglieder der konstituierenden Vereinigungen sind in den Listen der betreffenden Gruppen angeführt.)

The Boston Psychoanalytic Society

Ehrenmitglieder:

Deutsch, Dr. Felix, 44 Larchwood Drive, Cambridge, Mass.
Deutsch, Dr. Helene, 44 Larchwood Drive, Cambridge, Mass.

Ordentliche Mitglieder:

Barrett, Dr. William G., 82 Marlborough Street, Boston, Mass.
Coriat, Dr. Isador H., 416 Marlborough Street, Boston, Mass.
Dalrymple, Dr. Leolia, 82 Marlborough Street, Boston, Mass.
d'Elseaux, Dr. Frank C., Boston Psychopathic Hospital, Boston, Mass.
Finesinger, Dr. Jacob, 602 Huron Avenue, Cambridge, Mass.

Healey, Dr. William, 38½ Beacon Street, Boston, Mass.
Homburger, Mr. Erik, Department of Psychiatry, Yale Institute of Human Relations, New Haven, Conn.
Kaufman, Dr. M. Ralph, 82 Marlborough Street, Boston, Mass. *(Präsident).*
Murray, Dr. Henry A., 64 Plympton Street, Cambridge, Mass.
Murray, Dr. John M., 82 Marlborough Street, Boston, Mass. *(Sekretär, Kassier).*
Peck, Dr. Martin W., 37 Marlborough Street, Boston, Mass.
Sachs, Dr. Hanns, 168 Marlborough Street, Boston, Mass.

British Psycho-Analytical Society

Ehrenmitglieder:

Brill, Dr. A. A., 1 West 70th Street, New York.
Eitingon, Dr. Max, Talbye, Jerusalem.

Ordentliche Mitglieder:

Brierley, Dr. Marjorie, 36 Nottingham Place, London, W. 1.
Bryan, Dr. Douglas, 55a Welbeck Street, London, W. 1.
Burt, Prof. Cyril, 4 Eton Road, London, N. W. 3.
Carroll, Dr. Denis, 22 Queen Anne Street, London, W. 1.
Cohn, Dr. Franz, 14 Adelaide Court, Abbey Road, London, N.W. 8.
Flugel, Prof. J. C., 11 Albert Road, London, N. W. 1.
Forsyth, Dr. D., 67a Harley Street, London, W. 1.
Franklin, Dr. Marjorie, 81 Wimpole Street, London, W. 1.
Fuchs, Dr. S. H., 9 Manchester Square, London, W. 1.
Glover, Dr. Edward, 18 Wimpole Street, London, W. 1 *(Wissenschaftlicher Sekretär).*
Grant Duff, Miss I. F., 150 Gloucester Place, London, N. W. 1.
Gross, Dr. Alfred, The Limes, Upper Park Road, Broughton Park, Manchester.
Haas, Dr. E., 77 Hagley Road, Birmingham, 16.
Herford, Dr. M. B., 19 Redlands Road, Reading.
Isaacs, Mrs. Susan, 30 Primrose Hill Road, London, N. W. 3.
Jones, Dr. Ernest, 81 Harley Street, London, W. 1 *(Präsident).*
Klein, Mrs. Melanie, 42 Clifton Hill, London, N. W. 8.
Low, Miss Barbara, Block 2, Flat O, Montagu Mansions, London, W. 1.
Matthew, Dr. David, 17 Queen Anne Street, London, W. 1 *(Kassier).*
Mitchell, Dr. T. W., Hope Meadow, Hadlow, Kent.
Payne, Dr. Sylvia, 143 Harley Street, London, W. 1 *(Sekretär).*
Rickman, Dr. John, 11 Kent Terrace, London, N. W. 1.
Riggall, Dr. R. M., c/o Lloyds Bank Ltd., 18 Wigmore Street, London, W. 1.
Riviere, Mrs. Joan, 3 Stanhope Terrace, London, W. 2.
Sachs, Dr. Wulf, 95 Pasteur Chambers, Johannesburg, South Africa.
Schmideberg, Dr. Melitta, 199 Gloucester Place, London, N. W. 1.
Schmideberg, Walter, 199 Gloucester Place, London, N. W. 1.
Scott, Dr. W. C. M., The Cassel Hospital, Swaylands, Penshurst, Kent.
Searl, Miss N., 9 Kent Terrace, London, N. W. 1.
Sharpe, Miss E., 9 Kent Terrace, London, N. W. 1.
Sheehan-Dare, Miss, 9 Manchester Square, London, W. 1.
Staub, Hugo, 10 Hay Hill, London, W. 1.
Stephen, Dr. Adrian, 50 Gordon Square, London, W. C. 1.
Stephen, Dr. Karin, 50 Gordon Square, London, W. C. 1.
Stoddart, Dr. W. H. B., 57a Wimpole Street, London, W. 1.

Strachey, James, 41 Gordon Square, London, W. C. 1.
Strachey, Mrs. James, 41 Gordon Square, London, W. C. 1.
Tansley, Prof. A. G., Grantchester, Cambridge.
Thomson, Dr. H. Torrance, 18 Grosvenor Crescent, Edinburgh.
Vaughan-Sawyer, Dr. E., 131 Harley Street, London, W. 1.
Wilson, Dr. A. C., 5 Devonshire Place, London, W. 1.
Winnicott, Dr. I. S., 44 Queen Anne Street, London, W. 1.
Witt, Dr. G., 75 Boundary Road, London, N. W. 8.
Wright, Dr. Maurice, 86 Brook Street, London, W. 1.
Yates, Dr. Sybille, 7 Lydford Road, London, N. W. 2.

Außerordentliche Mitglieder:

Baines, Miss Cecil M., 32 Belsize Square, London, N. W. 3.
Barkas, Dr. Mary, c/o Lloyds Bank Ltd., 81 Edgware Road, London, W. 2.
Brend, Dr. W. H., 14 Bolingbroke Grove, London, S. W. 11.
Chadwick, Miss Mary, Taviton House, 13 Taviton Street, London, W. C. 1.
Culpin, Dr. M., 1 Queen Anne Street, London, W. 1.
Eddison, Dr. W., Wonford House, Exeter.
Fairbairn, Dr. W. R. D., 18 Lansdowne Crescent, Edinburgh.
Friedlaender, Dr. Kate (vorm. Misch), 30 St. Ann's Terrace, Acacia Road, London, N. W. 8.
Gillespie, Dr. W. H., 20 Upper Wimpole Street, London, W. 1.
Heimann, Dr. P., 37 Charlbert Court, Charlbert Street, London, N. W. 8.
Herbert, Dr. S., 2 St. Peter's Square, Manchester.
Hopkins, Dr. Pryns, University College, Gower Street, London, W. C. 1.
Inman, Dr. W., 22 Clarendon Road, Southsea, Hants.
Lewis, Dr. J. Strafford, Banstead Mental Hospital, Sutton, Surrey.
Lewis, Miss M. G., 21 Torrington Square, London, W. C. 1.
Maas, Dr. Hilde, 86 Greencroft Gardens, London, N. W. 6.
Matté, Dr. I., Flat 6, 59 Weymouth Street, London, W. 1.
Middlemore, Dr. Merrell, 12 Kent Terrace, London, N. W. 1.
Money-Kyrle, Dr. R., Whitham, Calne, Wilts.
Pailthorpe, Dr. G. W., c/o Westminster Bank, 154 Harley Street, London, W. 1.
Penrose, Dr. L. S., 47 Lexden Road, Colchester.
Rosenfeld, Mrs., 103 Elm Tree Road Mansions, London, N. W. 8.
Taylor, Dr. J., 31 Nottingham Place, London, W. 1.
Thomas, Dr. Rees, 34 Chartfield Avenue, London, S. W. 15.
Thorner, Dr. H. A., 31 Nottingham Place, London, W. 1.
Winn, Dr. R. C., 143 Macquarrie Street, Sydney, New South Wales.
Winton, Dr. F. R., Gresham House, Cambridge.

Chicago Psychoanalytic Society

Ehrenmitglieder:

Stern, Alfred K., 333 North Michigan Avenue, Chicago, Ill.

Ordentliche Mitglieder:

Alexander, Dr. Franz, 43 East Ohio Street, Chicago, Ill.
Bacon, Dr. Catherine, 43 East Ohio Street, Chicago, Ill.
Bartemeier, Dr. Leo, 8—259 General Motors Building, Detroit, Mich.
Benedek, Dr. Therese, 43 East Ohio Street, Chicago, Ill.
Berliner, Dr. Bernhard, 28 Parker Avenue, San Francisco, Calif.

Blitzsten, Dr. N. Lionel, 20 East Cedar Street, Chicago, Ill.
Deutsch, Dr. Hans, 55 East Washington Boulevard, Chicago, Ill.
Eisler, Dr. Edwin R., 43 East Ohio Street, Chicago, Ill.
Finlayson, Dr. Alan D., 10515 Carnegie Avenue, Cleveland, Ohio.
French, Dr. Thomas M., 43 East Ohio Street, Chicago, Ill. *(Präsident).*
Gerard, Dr. Margaret, 5729 Harper Avenue, Chicago, Ill.
Grotjahn, Dr. Martin, The Menninger Clinic, Topeka, Kansas.
Hamill, Dr. Ralph, 8 South Michigan Avenue, Chicago, Ill.
Kamm, Dr. Bernard A., The Menninger Clinic, Topeka, Kansas.
Knight, Dr. Robert, The Menninger Clinic, Topeka, Kansas.
Levine, Dr. Maurice, 700 Provident Bank Building, Cincinnati, Ohio.
Lippman, Dr. Hyman S., 279 Rice Street, St. Paul, Minn.
McLean, Dr. Helen Vincent, 43 East Ohio Street, Chicago, Ill.
Menninger, Dr. Karl A., The Menninger Clinic, Topeka, Kansas.
Mohr, Dr. George J., 43 East Ohio Street, Chicago, Ill. *(Sekretär, Kassier).*
Simmel, Dr. Ernst, 906 South Hudson Avenue, Los Angeles, Calif.
Slight, Prof. David, University of Chicago, Chicago, Ill.
Tower, Dr. Elizabeth, 43 East Ohio Street, Chicago, Ill.

Außerordentliche Mitglieder:

Brunswick, Dr. David, 1401 S. Hope Street, Los Angeles, Calif.
Kasanin, Dr. Jacob, Michael Reese Hospital, 29th and Ellis Avenue, Chicago, Ill.
Levey, Dr. Harry, 43 East Ohio Street, Chicago, Ill.
Saul, Dr. Leon J., 43 East Ohio Street, Chicago, Ill.
Steinfeld, Dr. Julius, Peoria Sanitarium, Peoria, Ill.
Wilson, Dr. George W., 30 North Michigan Avenue, Chicago, Ill.

Nicht praktizierende Mitglieder:

Chamberlain, Dr. Herbert, Department of Social Welfare, 336 State Office Building, Sacramento, Calif.
Lasswell, Prof. Harold, University of Chicago, Faculty Exchange, Chicago, Ill.
McMurray, Robert, 310 South Michigan Avenue, Chicago, Ill.

Dansk-Norsk Psykoanalytisk Forening

Ordentliche Mitglieder:

Braatöy, Dr. Trygve, Psykiatrisk avdeling, Ullevaal, bei Oslo.
Christensen, Frau Dr. Hjördis, Wergelandsveien 5, Oslo.
Gerö, Dr. Georg, Godthaabsvaenget 8 I, Kopenhagen, F.
Hoel, Dr. Nic, Kronprinsensgate 19, Oslo.
Kramer, Frau Feiga, Pulkwed, Briez iela 7/33, Riga, Latvia.
Landmark, Dr. Johannes, Bardu, Norwegen.
Liebeck-Kirschner, Dr. Lotte, St. Olavs gate 31, Z. 315, Oslo.
Raknes, Dr. Ola, Observatorie Terrasse 10, Oslo *(Sekretär).*
Schjelderup, Prof. Dr. Harald K., Psykologisk Institutt, Universitetet, Oslo *(Präsident).*
Schjelderup, Dr. Kristian, Chr. Michelsens Institutt, Bergen, Norwegen.

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft

Ordentliche Mitglieder:

Baumeyer, Dr. Franz, Dresden, Bismarckstraße 14.
Boehm, Dr. Felix, Berlin N. W. 87, Händelallee 26 *(Vorsitzender).*

Ekman, Thore, Berlin W 15, Eislebenerstraße 12.
Goebel, Frau Gertrud, Berlin N. W. 87, Königin=Augusta=Allee 96.
Graber, Dr. Gustav Hans, Stuttgart 13, Stälinweg 29.
Kemper, Dr. Werner, Berlin=Charlottenburg 9, Sensburgerallee 6 *(Kassenwart)*.
March, Dr. Hans, Berlin W. 30, Bayreutherstraße 12.
Mette, Dr. Alexander, Berlin=Steglitz, Schloßstraße 54.
Müller=Braunschweig, Frau Ada, Berlin=Schmargendorf, Sulzaerstraße 3.
Müller=Braunschweig, Dr. Carl, Berlin=Schmargendorf, Sulzaerstraße 3 *(Sekretär)*.
Roellenbleck, Dr. Ewald, Berlin=Wilmersdorf, Helmstedterstraße 15.
Schottländer, Dr. Felix, Stuttgart=Degerloch, Löwenstraße 123.
Schultz=Hencke, Dr. Harald, Berlin=Wilmersdorf, Caubstraße 4.
Weigert=Vowinckel, Dr. Edith, Kizil Irmak Sokak, Nihat, Pasa Apartmani, Ankara=Yenischir, Türkei.

Außerordentliche Mitglieder:

Arnold, Dr. Ursula, Berlin=Charlottenburg, Fridericiastraße 15.
Buder=Schenk, Dr. Hildegard, Berlin=Charlottenburg 2, Carmerstraße 18.
Cellarius, Dr. Julie, Berlin=Charlottenburg, Grolmannstraße 33.
Dräger, Käthe, Berlin=Tempelhof, Oberlandgarten 14.
Gundert, Dr. Hermann, Stuttgart=N, Obere Birkenwaldstraße 170.
Muthmann, Dr. Arthur, Freiburg i. Br., Ludwigstraße 36.
Ranft, Hermann, Sigmar=Schönau (Chemnitz), Hoferstraße 90.
Scheunert, Dr. Gerhard, Erfurt, Schlösserstraße 8.
Seiff, Frau Margarete, Berlin=Tempelhof, Höppnerstraße 46.
Sydow, Dr. Eckardt von, Berlin=Charlottenburg, Berlinerstraße 58.
Weigel, Dr. H., Leipzig C 1., Marienstraße 16.
Werner, Marie=Luise, Berlin=Tempelhof, Friedrich Franzstraße 11.
Wimmersperg, Dr. Franziska von, Berlin=Halensee, Küstrinerstraße 26.

Indian Psycho=Analytical Society

Ordentliche Mitglieder:

Amrith, M. V., 1 Case Major Road, Egmore, Madras.
Banerji, M. N., P. 13 Scheme, Belgachia P. O. *(Sekretär)*
Barreto, Capt. A. G., Raia, Salsetta, Goa.
Bhattacharyya, Prof. H. D., Dacca University, Dacca.
Bora, G., 5 Exchange Place, Calcutta.
Bose, Dr. G., 14 Parsibagan Lane, Calcutta *(Präsident)*.
Daly, Lt. Col. C. D., derzeit Wien XVIII, Cottagegasse 21, Pension Scheidl.
Ghaba, U. S., Pindigheb, Attak, Punjab.
Ghosh, Dr. B. C., 105c Park Street, Calcutta.
Ghosh, R. N., 90 Bechu Chatterji Street, Calcutta.
Halder, Prof. Rangin Ch., B. N. College, Patna.
Hill, Lieut.=Colonel O. Berkeley, Station View, Ranchi.
Laha, S. C., 121/Ia Cornwallis Street, Calcutta.
Maiti, H. P., 1 Karbala Tank Lane, Calcutta.
Mitra, Dr. S. C., 6/2 Kirti Mitter Lane, Calcutta.
Pal, G., 61 Hindustan Park, Ballygunge, Calcutta.
Pars Ram, Foreman Christian College, Lahore.
Srimali, K. L., Vidya Bhawan, Udaipur.

Außerordentliche Mitglieder:

Agarwalla, Durgadas, Marwari Chhattranibas, pl/1/1 Chittaranjan Avenue.
Banerji, Subodhchandra, P. 13 Belgachia P. O., Calcutta.
Bisi, A. C., Department of Psychology, 92 Upper Circular Road, Calcutta.
Bose, S. K., 5 Preonath Banerji Street, Calcutta.
Chakravarti, Chittaranjan, 20 Bahir Mirzapur Road, Calcutta.
Chatterji, A. C. Commercial Office, Kharagpur, B. N. Ry.
Chatterji, Dr. B. B., 82 South Road, Entally, Calcutta.
Chatterji, Chanchalkumar, P. 7 Mysore Road, Kalighat.
Datta Anathnath, 64/2 Ahiretola Street, Calcutta.
De Sujankrishna, 65/1/1 Manicktola Street, Calcutta.
De, S. C., Mymensing.
Franklin, Prof. E. W., Spence Training College, Jubbalpur.
Ganguli, D. L., 21/Ia, Fern Road, Calcutta.
Ganguli, M. L., 8b Dover Lane, Calcutta.
Ghandy, J. J., Supdt. Tata Iron and Steel, Jamsedpur.
Ghosh, B. B., 49 Cornwallis Street, Calcutta.
Jalota, S. S., D. A. V. College, Lahore.
Mathews, Bernard, Bengal Club, Calcutta.
Mukdum, M. M., Muslim University, Alighar.
Moitra, Jyotirindranath, P. 376 Russa Road, Calcutta.
Mukherji, N. P., Fern Road, Ballygunge, Calcutta.
Pal, Sachindrabhushan, P. 638 Rashbehari Avenue, Kalighat.
Roychoudhury, R. K., Ramgopalpur, Mymensing.
Samanta, M. N., 8/c Ramanath Mazumdar Street, Calcutta.
Sangupta, Capt. P. K., Indian Military Hospital, Calcutta.
Sarkar, Sarasi Lal, 177 Upper Circular Road, Calcutta.
Sinha, Amarnath, Department of Psychology, 92 Upper Circular Road, Calcutta.
Sinha, Bimalendu, 38 South End Park, Calcutta.
Sinha, S. C., 15/1/1 Ramkanta Bose Street, Calcutta.
Sinha, T. C., 38 South End Park, Calcutta.

Chewra Psychoanalytith b'Erez-Israel

Ehrenmitglied:

Freud, Anna, Wien IX, Berggasse 19.

Ordentliche Mitglieder:

Blum, Dr. Kilian, Jerusalem-Rechawia, Abarbanelstraße.
Eitingon, Dr. Max, Jerusalem-Talbye *(Präsident).*
Pappenheim, Prof. Dr. Martin, Tel-Aviv, Bd. Rothschild 119.
Schalit, Dr. Ilja, Haifa, Hadar, Jerusalemstraße 16 *(Sekretär, Kassier).*
Smeliansky, Dr. Anna, Tel-Aviv, Engelstraße 3.
Wulff, Dr., Tel-Aviv, Bd. Rothschild 38.

Außerordentliche Mitglieder:

Barag, Dr. G., Tel-Aviv, Heßstraße 23.
Brandt, Dr. G., c/o Palestine Psycho-Analytical Society, Jerusalem, Abessynianstraße 138.
Dreyfuss, Dr. D., Jerusalem, Ben Jehudastraße, House Saida.
Hirsch, Dr. E., Jerusalem, Keren Hakayemethstraße 8.

Obernik-Reiner, Frau M., Tel-Aviv, Shchunat Poalim I., Ferdinand Lassallestraße 6.
Peller-Roubiczek, Frau Lili, Jerusalem-Rechawia, Alfassistraße.

Società Psicoanalitica Italiana

Ordentliche Mitglieder:

Levi-Bianchini, Prof. Dr. Marco, Nocera Inferiore, Salerno Campania.
Merloni, Raffaele, Via Ufente 12, Roma.
Masatti, Prof. Dr. Cesare L., Direttore dell'Istituto di Psicologia sperimentale della R. Università di Padova, Via Loredan 6a, Padova.
Perrotti, Dr. Nicola, Corso Trieste 146, Roma.
Ruben, Margarete, Via Piolti di Bianchi 28, Milano.
Servadio, Dr. Emilio, Via Tagliamento 76, Roma *(Sekretär)*.
Tommasi di Palma, Alessandra, Principessa di Lampedusa, Via Brenta 2 (presso Marchese Della Torretta), Roma.
Weiss, Dr. Edoardo, Via N. Paganini 1, Roma *(Präsident)*.

Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület

Ordentliche Mitglieder:

Almásy, Dr. Endre, Budapest I, Mészáros-ucca 12.
Bálint, Dr. Mihály, Budapest I, Mészáros-ucca 12.
Bálint, Alice, Budapest I, Mészáros-ucca 12.
Dubovitz, Dr. Margit, Budapest I, Naphegy-ucca 49.
Dukes, Dr. Géza, Budapest V, Zoltán-ucca 6.
Eisler, Dr. Mihály József, Budapest V, Báthory-ucca 10.
Hajdu-Gimes, Dr. Lilly, Budapest V, Honvéd-ucca 8.
Hann-Kende, Dr. Fanny, Budapest V, Zrinyi-ucca 14.
Hermann, Dr. Imre, Budapest II, Filler-ucca 25 *(Sekretär)*.
Hollós, Dr. István, Budapest V, Klotild-ucca 4 *(Vorsitzender)*.
Kovács, Vilma, Budapest I, Orvos-ucca 10.
Lázár-Gerő, Dr. Klára, Budapest VII, Vilma-királynő-ut 50.
Lévyné, Dr. Kata, Budapest V, Szalay-ucca 3.
Lévy, Dr. Lajos, Budapest V, Szalay-ucca 3.
Pfeifer, Dr. Zsigmond, Budapest I, Attila-ucca 69 *(Kassier)*.
Révész, Dr. László, Budapest VIII, Vas-ucca 15/a.
Róheim, Dr. Géza, Budapest VI, Hermina-ut 35.
Rotter-Kertész, Dr. Lillian, Budapest VIII, Sándor-ucca 46.
Szabó, Dr. Sándor, Zürich, Volta-Str. 24.
Szilágyi, Dr. Géza, Budapest VII, Damjanich-ucca 27.
Szüts, Dr. Gyula, Budapest VI, Liszt Ferenc-tér 4.

Außerordentliche Mitglieder:

Gyömrői, Edith, Budapest II, Trombitás-ut 20.
Kircz-Takács, Dr. Mária, Budapest II, Margit-kt 95.
Major, Margit, Budapest V, Szt. István-tér 10.
Pátzay-Liebermann, Lucy, Budapest V, Hold-ucca 15.

Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse

Ehrenmitglied:

Jelgersma, Prof. Dr. G., 65 Loolaan, Apeldoorn.

Ordentliche Mitglieder:

Blok, Dr. A. M., 2 Wassenaarscheweg, den Haag.
Bouman, Prof. Dr. K. H., 24 Jan Luyckenstraat, Amsterdam, Z.
Coultre, Dr. R. Le, 74 Stadionkade, Amsterdam, Z.
Emden, Dr. J. E. G. van, 49 Sweelinckplein, den Haag.
Endtz, Dr. A., Ramaerkliniek, Loosduinen *(Sekretär)*.
Flohil, Dr. M., Ramaerkliniek, Loosduinen.
Heide, Dr. C. van der, 91 Apollolaan, Amsterdam, Z.
Hoop, Doz. Dr. J. H. van der, 41 Jan van Eyckstraat, Amsterdam, Z.
Jelgersma, Dr. H. C., 1 Endergeesterlaan, Oegstgeest.
Katan, Dr. M., 22 R. J. Schimmelpenningklaan, den Haag.
Linde, Dr. B. D. J. van de, 4 Boomberglaan, Hilversum.
Monchy, Dr. S. J. R. de, 235 Schiedamsche Singel, Rotterdam.
Muller, Doz. Dr. F. P., 102 Rijnsburgerweg, Leiden *(Präsident)*.
Rümke, Prof. Dr. H. C., 4 Mariahoek, Utrecht.
Schelven, Dr. Th. van, 35 Jan van Nassaustraat, den Haag.
Stärcke, Dr. A., Willem Arntszhoeve, Den Dolder.
Tas, Dr. J., 14 Paulus Potterstraat, Amsterdam, Z.
Tibout, Frl. P. H. C., 717 Prinsengracht, Amsterdam, C.
Versteeg-Solleveld, Frau C. M., 3 Javastraat, den Haag.
Versteeg, Dr. P. H., 3 Javastraat, den Haag *(Kassier)*.
Waals, Dr. H. G. van der, 94 Euterpestraat, Amsterdam, Z.
Weyl, Dr. S., 98 's Gravendijkwal, Rotterdam.

Außerordentliche Mitglieder:

Baas, Dr. B. C., 8 Juliana van Stolberglaan, den Haag.
Busscher, Dr. Jacques de, 14 rue Guinard, Gent.
Landauer, Dr. Karl, 10 Breughelstraat, Amsterdam, Z.
Levy-Suhl, Dr. M., 18 Brahmsstraat, Amsterdam, Z.
Nuysink, Dr. P. A. I. J., 41 Nassau Dillenburgstraat, den Haag.
Reik, Dr. Th., 49 Joan van Hoornstraat, den Haag.
Stipriaan Luiscius, Dr. A. M. van, 34 Prinsevinkenpark, den Haag.
Waterman, Dr. A., 70 van der Aastraat, den Haag.

Vereeniging van Psychoanalytici in Nederland

(Adressen siehe Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse)

Ordentliche Mitglieder:

Blok, Dr. A. M. *(Sekretär)*.
Le Coultre, Dr. R.
van Emden, Dr. J. E. G. *(Präsident)*.
Katan, Dr. M.
Landauer, Dr. K.
Perls, Dr. F., 8 Seventh Street, Houghton Estate, Johannesburg.
Reik, Dr. Th.
Stärcke, Dr. A.
Versteeg, Dr. P. H.
Versteeg-Solleveld, Frau C. M.
Waals, Dr. H. G. v. d.
Waterman, Dr. A.

Außerordentliche Mitglieder:

Levy-Suhl, Dr. M.
Stipriaan Luiscius, Dr. A. M. van.

The New York Psychoanalytic Society

Ehrenmitglied:

Meyer, Dr. Adolf, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland.

Ordentliche Mitglieder:

Ames, Dr. Thaddeus H., 55 Park Avenue, New York, N. Y.
Amsden, Dr. George S., 610 Park Avenue, New York, N. Y.
Atkin, Dr. Samuel, 324 West 86th Street, New York, N. Y.
Biddle, Dr. Sydney G., 255 South 17th Street, Philadelphia, Pa.
Binger, Dr. Carl, 40 East 72nd Street, New York, N. Y.
Blanton, Dr. Smiley, 115 East 61st Street, New York, N. Y.
Blumgart, Dr. Leonard, 152 West 57th Street, New York, N. Y.
Bonnett, Dr. Sara A., 1035 Park Avenue, New York, N. Y.
Brill, Dr. A. A., 88 Central Park West, New York, N. Y. *(Ehrenpräsident).*
Broadwin, Dr. I. T., 116 West 59th Street, New York, N. Y.
Bunker, Dr. Henry A., 1021 Park Avenue, New York, N. Y.
Daniels, Dr. George E., 129 East 69th Street, New York, N. Y. *(Sekretär).*
Dunbar, Dr. H. Flanders, 730 Park Avenue, New York, N. Y.
Eidson, Dr. Joseph P., 70 East 77th Street, New York, N. Y.
Eisendorfer, Dr. Arnold, 68 East 86th Street, New York, N. Y.
English, Dr. O. Spurgeon, 255 South 17th Street, Philadelphia.
Farnell, Dr. Frederic J., 577 Angell Street, Providence, R. I.
Fliess, Dr. Robert, 57 West 57th Street, New York, N. Y.
Frank, Dr. Richard L., 155 East 73rd Street, New York, N. Y.
Ginsburg, Dr. May E., 57 West 57th Street, New York, N. Y.
Glueck, Dr. Bernard, 130 East 39th Street, New York, N. Y.
Goldman, Dr. George S., 49 East 96th Street, New York, N. Y.
Gosselin, Dr. Raymond, 30 West 54th Street, New York, N. Y.
Greenacre, Dr. Phyllis, 345 East 68th Street, New York, N. Y.
Haigh, Dr. Susanna S., 108 East 38th Street, New York, N. Y.
Hinsie, Dr. Leland E., 722 West 168th Street, New York, N. Y.
Horney, Dr. Karen, 160 Central Park South, New York, N. Y.
Hutchings, Dr. Richard H., Utica State Hospital, Utica, N. Y.
Jelliffe, Dr. Smith Ely, 64 West 56th Street, New York, N. Y.
Kardiner, Dr. A., 983 Park Avenue, New York, N. Y.
Kelman, Dr. Sarah R., 333 West End Avenue, New York, N. Y.
Kenworthy, Dr. Marion E., 1035 Fifth Avenue, New York, N. Y.
Klein, Dr. Sidney, 146 West 79th Street, New York, N. Y.
Kubie, Dr. Lawrence S., 34 East 75th Street, New York, N. Y.
Lehrman, Dr. Philip R., 25 Central Park West, New York, N. Y.
Levin, Dr. Hyman, 99 St. James Place, Buffalo, N. Y.
Levy, Dr. David M., 136 East 57th Street, New York, N. Y.
Lewin, Dr. Bertram D., 25 Fifth Avenue, New York, N. Y. *(Präsident).*
Liss, Dr. Edward, 130 East 39th Street, New York, N. Y.
Lorand, Dr. Sandor, 115 East 86th Street, New York, N. Y.
Loveland, Dr. Ruth, 336 Central Park West, New York, N. Y.

Maeder, Dr. LeRoy M. A., 206 South 13th Street, Philadelphia, Pa.
Malcove, Dr. Lillian, 245 East 72nd Street, New York, N. Y.
Mayer, Dr. Max D., 1150 Fifth Avenue, New York, N. Y.
McCord, Dr. Clinton P., 20 Willett Street, Albany, N. Y.
Meyer, Dr. Monroe A., 57 West 57th Street, New York, N. Y. *(Kassier).*
Millet, Dr. John A. P., 770 Park Avenue, New York, N. Y.
Mittelmann, Dr. Bela, 565 Park Avenue, New York, N. Y.
Oberndorf, Dr. C. P., 112 West 59th Street, New York, N. Y.
Orgel, Dr. Samuel Z., 667 Madison Avenue, New York, N. Y.
Parker, Dr. Z. Rita, 115 East 61st Street, New York, N. Y.
Powers, Dr. Lillian D., 128 West 59th Street, New York, N. Y.
Rado, Dr. Sandor, 324 West 86th Street, New York, N. Y.
Ribble, Dr. Margaret, 21 East 57th Street, New York, N. Y.
Robbins, Dr. Bernard S., 125 East 72nd Street, New York, N. Y.
Rothenberg, Dr. Simon, 175 Eastern Parkway, Brooklyn, N. Y.
Rothschild, Dr. Leonard, 745 Fifth Avenue, New York, N. Y.
Sands, Dr. Irving J., 202 New York Avenue, Brooklyn, N. Y.
Shoenfeld, Dr. Dudley D., 116 West 59th Street, New York, N. Y.
Slutsky, Dr. Albert, 116 West 59th Street, New York, N. Y.
Smith, Dr. Joseph, 780 St. Mark's Avenue, Brooklyn, N. Y.
Solley, Dr. John B., 139 East 66th Street, New York, N. Y.
Stern, Dr. Adolph, 57 West 57th Street, New York, N. Y.
Thompson, Dr. Clara, 151 East 83rd Street, New York, N. Y.
Van Ophuijsen, Dr. J. H. W., 141 East 88th Street, New York, N. Y.
Wall, Dr. James H., Bloomingdale Hospital, White Plains, N. Y.
Weinstock, Dr. Harry I., 745 Fifth Avenue, New York, N. Y.
Wittels, Dr. Fritz, 91 Central Park West, New York, N. Y.
Wolfe, Dr. Theodore P., 730 Park Avenue, New York, N. Y.
Zilboorg, Dr. Gregory, 14 East 75th Street, New York, N. Y.

Außerordentliches Mitglied:

Powers, Mrs. Margaret J., 853 Seventh Avenue, New York, N. Y.

Société Psychanalytique de Paris

Ordentliche Mitglieder:

Allendy, Dr. René, 67 rue de l'Assomption, Paris XVIe.
Bonaparte, Marie, Princesse Georges de Grèce, 6 rue Adolphe Yvon, Paris XVIe.
Borel, Dr. Adrien, 11 Quai aux Fleurs, Paris IVe.
Cénac, Dr. Michel, 3 rue Coëtlogon, Paris VIe.
Codet, Dr. Henry, 10 rue de l'Odéon, Paris VIe.
Codet, Mme. Odette, 10 rue de l'Odéon, Paris VIe.
Flournoy, Dr. Henri, 5 rue de Monnetier, Genève (Suisse).
Hesnard, Prof. Angélo, Port-Hesnard, Le Mourillon, Toulon (Var).
Laforgue, Dr. René, 1 rue Mignet, Paris XVIe.
Lagache, Dr., 2 rue Georges de Porto-Riche, Paris XIVe.
Leuba, Dr. John, 6 rue Pierre Ducreux, Paris XVIe *(Sekretär).*
Loewenstein, Dr. Rodolphe, 127 Avenue de Versailles, Paris XVIe.
Lowtzky, Mme., 13 Square Henri Paté, Paris XVIe.
Morgenstern, Dr. Sophie, 4 rue de la Cure, Paris XVIe.
Nacht, Dr. Sacha, 47 rue des Vignes, Paris XVIe.

Odier, Dr. Charles, 27 rue Franklin, Paris XVIe.
Odier-Ronjat, Mme. Charlotte, 27 rue Franklin, Paris XVIe.
Parcheminey, Dr. Georges, 92 Avenue Niel, Paris XVIIe.
Pichon, Dr. Edouard, 48 Avenue de la Bourdonnais, Paris VIIe *(Präsident)*.
Reverchon-Jouve, Dr. Blanche, 8 rue de Tournon, Paris VIe.
Saussure, Dr. Raymond de, 12 rue Chanoinesse, Paris IVe.
Schiff, Dr. Paul, 14 rue César Franck, Paris XVe.
Schlumberger, Marc, 24 Avenue de Lamballe, Paris XVIe.
Spitz, Dr. René, 18 bis, rue Henri Heine, Paris XVIe.

Außerordentliche Mitglieder:

Allende, Dr. Novaro, 1944 Calle Moneda, Santiago de Chili.
Beltram, Prof. Dr., Université, 1601 Echeveria, Buenos-Aires.
Berman, Mlle. Anne, 2 rue du général Balfourier, Paris XVIe.
Breuer, Dr. Elsa, 5 rue Brown-Séquart, Paris XVe.
Chentrier, Théodore, 17 bis, rue de Bretagne, Asnières (Seine).
Cohn-Hoffmann, Mme.
Doreau, Bernard, 11 rue Edmond Valentin, Paris VIIe.
Germain, Paul, 10 rue Durantin, Paris XVIIIe.
Guex, Mlle., 9 Florimont, Lausanne (Suisse).
Hélot, Dr., 8 Place Masséna, Nice.
Hoesli, Dr. Henri, 90 rue du Bac, Paris VIIe.
Lacan, Dr. Jacques, 97 Boulevard Malesherbes, Paris VIIIe.
Laforgue, Mme. Paulette, 1 rue Mignet, Paris XVIe.
Male, Dr. Pierre, 11 rue de Navarre, Paris Ve.
Marette, Philippe, 322 rue St. Jacques, Paris Ve.
Martin-Sisteron, Dr. Maurice, 14 Boulevard Edouard Rey, Grenoble.
Pierre, Dr. J. L., 10 bis, rue Paul Baudry, Paris XVIIe.
Prince Pierre de Grèce, 6 rue Adolphe Yvon, Paris XVIe.
Répond, Dr. André, Malévoz sur Monthey, Valais (Suisse).
Rieti, Dr. Ettore, Istituto Psichiatrico di Grugliasco, Turin (Italie).
Violet, Dr. Madeleine, 19 rue Monsieur, Paris VIIe.

Russische Psychoanalytische Vereinigung

Ordentliche Mitglieder:

Awerbuch, Frau Dr. R. A., Moskau, Sadowo-Kudrinskaja 21.
Bruk, Dr. A. N., Moskau, M. Kakowinskij 5.
Chaletzki, Dr. A., Odessa, Psychiatrische Anstalt.
Goltz, Frau Dr. E. P., Moskau, Mansurowskij Per. 7.
Friedmann, Dr. B. D., Moskau, Sadowo-Triumphalnaja 8, W. 7.
Geschelina, Frau Dr. L. S., Moskau, Kammerherrskij 4.
Kannabich, Prof. J. W., Moskau, B. Rjewskij Per. 8, W. 14 *(Präsident)*.
Kogan, Dr. M., Odessa, Psychiatrische Anstalt.
Liosner-Kannabich, Frau Dr., Moskau, B. Rjewskij Per. 8, W. 14.
Rohr, Frau Dr. Angela, Moskau, Marx-Engelsstr. 3.
Rohr, Wilhelm, Moskau, Marx-Engelsstr. 3.
Schaffir, J. M., Moskau, Ostoschenka 5, W. 38.
Schmidt, Prof. Otto, Moskau, Granowsky-Str. 3, W. 92.
Schmidt, Wera, Moskau, Granowsky-Str. 3, W. 92 *(Sekretär)*.

Spielrein, Frau Dr. Sabina, Rostow a. Don, Puschkinskaja 97.
Simson, Frau Dr. T. P., Moskau, Psychiatrische Klinik, I. Universität.

Außerordentliche Mitglieder:

Goldowskaja, Frau Dr. T. I., Moskau, Arbat, 30, W. 59.
Goldowsky, Dr. E. D., Kiew, Militärhospital.
Lurje, Frau Dr. M. E., Moskau, Pokrowskoje-Streschnewo Sanatorium.
Salkind, Dr. A., Kiew, Nikolsko-Botanitscheskaja 3/9.
Wnukow, Dr. W. A., Moskau, Skatertnij Per. 22, W. 8.

Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse

Ehrenmitglieder:

Eitingon, Dr. Max, Talbye, Jerusalem.
Jones, Dr. Ernest, 81 Harley Street, London, W. 1.

Mitglieder:

Bally, Dr. Gustav, Schmelzbergstraße 34, Zürich, VII.
Behn-Eschenburg, Frau Gertrud, Doldertal 19, Zürich, VII.
Binswanger, Dr. Ludwig, Sanatorium Bellevue, Kreuzlingen (Thurgau).
Blum, Dr. Ernst, Marienstraße 9, Bern *(Quästor.)*
Blum-Sapas, Dr. Elsa, Vana-Kriste, Saapa-talu, Estonia.
Christoffel, Dr. Hans, Albanvorstadt 21, Basel.
Flournoy, Dr. Henri, Rue de Monnetier 6, Genf.
Fürst, Dr. Emma, Rebwiesstraße 54, Rehalp-Zürich.
Grüninger, Dr. Ulrich, Brittnau (Aargau).
Kielholz, Dr. Arthur, Kant. Irrenanstalt, Königsfelden (Aargau).
Meng, Dr. Heinrich, Angensteinerstraße 16, Basel.
Pfenninger, Pfarrer Hans, Neftenbach, Kt. Zürich.
Pfister, Pfarrer Dr. Oskar, Schienhutgasse 6, Zürich *(Beisitzer)*,
Piaget, Prof. Jean, Universität, Genf.
Repond, Dr. André, Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais.
Sarasin, Dr. Philipp, Gartenstraße 65, Basel *(Präsident)*.
Saussure, Dr. Raymond de, 2, Tertasse, Genf.
Schneider, Prof. Dr. Ernst, Relenbergstraße 16, Stuttgart, N.
Schultz, Dr. Ch., Hadlaubstraße 109, Zürich.
Steiner, Dr. Hans, Promenadengasse 18, Zürich.
Wehrli, Dr. Gustav, Weinbergstraße 36, Zürich.
Zulliger, Hans, Ittigen bei Bern *(Schriftführer)*.

Außerordentliche Mitglieder:

Boss, Dr. M., Theaterstraße 14, Zürich.
Zulliger, Frau Martha, Ittigen bei Bern.

Sendai Psycho-Analytical Society

Ehrenmitglied:

Miyake, Prof. Dr. Koichi, Psychiatric Clinic of Tokyo Imperial University, Tokyo.

Ordentliche Mitglieder:

Arai, Dr. Shohei, 11 Myojincho, Hachioji, Tokyo.
Doi, Dr. Masanori, 1 Momijimachi, Hachioji, Tokyo.

Hayasaka, Dr. Choichiro, Psychiatric Clinic of Tohoku Imperial University, Sendai *(Sekretär)*.
Kakeda, Dr. Katsumi, Physiological Laboratory of Tohoku Imperial University, Sendai.
Kimura, Dr. Renkichi, Psychiatric Clinic of Tohoku Imperial University, Sendai.
Komine, Dr. Mosaburo, Komine Hospital, Nishigahara, Takinokawa-ku, Tokyo.
Komine, Dr. Shigeyuki, Komine Hospital, Nishigahara, Takinokawa-ku, Tokyo *(Kassier)*
Kosawa, Dr. Heisaku, Kosawa Psycho-Analytical Hospital, 190 Higashitamagawamachi, Setagaya-ku, Tokyo.
Marui, Prof. Dr. Kiyoyasu, Psychiatric Clinic of Tohoku Imperial University, Sendai *(Präsident)*.
Miura, Prof. Dr. Nobuyuki, Psychiatric Clinic of Iwade Medical College, Morioka.
Suzuki, Dr. Yuhei, Komine Hospital, Nishigahara, Takinokawa-ku, Tokyo.
Yamamura, Dr. Michio, Psychiatric Clinic of Tohoku Imperial University, Sendai.

Svensk-Finska Psykoanalytiska Foereningen

Ordentliche Mitglieder:

Kulovesi, Dr. Yrjö, Tampere, Finnland.
Sandström, Dr. Tora, Stockholm, Artillerégatan 48 *(Kassier)*.
Tamm, Dr. Alfhild, Stockholm, Narvavägen 21 *(Vorsitzende und Sekretärin)*.

Außerordentliche Mitglieder:

Nielsen, Dr. Nils, Göteborg, Ärlegatan 2.
Nycander, Dr. Gunnar, Stockholm, Humlegardsgatan 13.
Palmstierna, Vera, Stockholm, Pilgatan 3.
Törngren, Dr. Pehr Henrik, Stockholm, Ulricagatan 5.

Tokyo Psycho-Analytical Society

Ordentliche Mitglieder:

Asaba, Dr. Takeichi, Kumagaya Hospital, Yuminomachi, Okayama City.
Nagasaki, Bunji, 346 Numabukuromachi, Nakano.
Mawatari, Dr. Kazue, 496 Kita-Senzoku, Magomemachi, Tokyo.
Sekiguchi, Dr. Saburo, Ikeda Hospital, 7 of 4-chome, Kobikicho, Kyobashiku, Tokyo.
Shibakawa, Dr. Matataro, 627 Kami-Meguro, Tokyo.
Tsushima, Dr. Kanji, 825 Motoshiba, Oimachi, Tokyo *(Sekretär)*.
Yabe, Yae-Kichi (B. A.), 825 Motoshiba, Oimachi, Tokyo *(Präsident)*.

Außerordentliche Mitglieder:

Saito, Mr. Nagatoshi, c/o. Yabe, 825 Motoshiba, Oimachi, Tokyo.
Tago, Dr. Tsutomu, Ryoundo Hospital, Ishigami-Sekimachi, Itabashiku, Tokyo.
Toda, Sueo (B. C.), c/o. Yabe, 825 Motoshiba, Oimachi, Tokyo.
Yabe, Nada-Mitsu (B. E. S.), 825 Motoshiba, Oimachi, Tokyo.

Washington-Baltimore Psychoanalytic Society

Ehrenmitglieder:

Brill, Dr. A. A., 88 Central Park West, New York, N. Y.
White, Dr. William A., St. Elizabeths Hospital, Washington, D. C.

Ordentliche Mitglieder:

Chapman, Dr. Ross McLure, Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Md.
Chassell, Dr. Joseph O., Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Md.
Colomb, Dr. Anna Danneman Colomb, Connecticut State Hospital, Middletown, Conn.
Crowley, Dr. Ralph M., Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Md.
Dooley, Dr. Lucile, 2440 16th Street, N. W., Washington, D. C.
Fromm-Reichmann, Dr. Frieda, Chestnut Lodge Sanitarium, Rockville, Md.
Graven, Dr. Philip S., 2007 Massachusetts Ave., N. W., Washington, D. C.
Hadley, Dr. Ernest E., 1835 Eye Street, N. W., Washington, D. C.
Hill, Dr. Lewis B., 700 Cathedral Street, Baltimore, Md. *(Präsident).*
Jarvis, Dr. Marjorie, Chestnut Lodge Sanitarium, Rockville, Md.
Lewis, Dr. Nolan D. C., New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th Street, New York City.
Meyer, Dr. Adolph, Phipps Clinic, Baltimore, Md.
Reede, Dr. Edward Hiram, Medical Science Building, Washington, D. C.
Silverberg, Dr. William V., 315 Central Park West, New York, N. Y.
Smeltz, Dr. G. W., 121 University Place, Pittsburgh, Penn.
Stoughton, Dr. Amanda L., 700 Cathedral Street, Baltimore, Md. *(Sekretär, Kassier).*
Stragnell, Dr. Gregory, 86 Orange Street, Bloomfield, N. J.
Sullivan, Dr. Harry Stack, 158 East 64th Street, New York City.
Taneyhill, Dr. G. Lane, 1316 Eutaw Place, Baltimore, Md.

Wiener Psychoanalytische Vereinigung

Ordentliche Mitglieder:

Aichhorn, August, Wien V, Schönbrunnerstraße 110.
Angel-Katan, Dr. Anny, R. J. Schimmelpennincklaan 22, den Haag.
Bergler, Dr. med. Edmund, Wien I, Seilerstätte 7.
Bernfeld, Dr. phil. Siegfried, 3301 Broderick Street, San Francisco.
Bibring, Dr. med. Edward, Wien VII, Siebensterngasse 31 *(Kassier).*
Bibring-Lehner, Dr. med. Grete, Wien VII, Siebensterngasse 31.
Bornstein, Berta, Wien I, Universitätsstraße 4.
Bornstein-Windholzova, Steff, Praha-Bubenec, Ovenečka 23a.
Burlingham, Dorothy, Wien IX, Berggasse 19.
Buxbaum, Dr. phil. Edith, 110 East 87th Street, New York City,
Bychovski, Dr. med. Gustav, Warschau, Wilcza 47.
Deri, Frances, 123 North Plymouth Blvd., Los Angeles, California.
Deutsch, Doz. Dr. med. Felix, 44 Larchwood Drive, Cambridge, Mass.
Deutsch, Dr. med. Helene, 44 Larchwood Drive, Cambridge, Mass.
Eidelberg, Dr. med. Ludwig, Wien IV, Gußhausstraße 15.
Federn, Dr. med. Paul, Wien VI, Köstlergasse 7 *(Obmannstellvertreter).*
Fenichel, Dr. med. Otto, Prag II, Ječna 18.
Freud, Anna, Wien IX, Berggasse 19 *(Obmannstellvertreter).*
Freud, Prof. Dr. med. Sigm., Wien IX, Berggasse 19 *(Obmann).*
Friedjung, Doz. Dr. med. Josef, Wien I, Ebendorferstraße 6.
Gutmann, Dr. med. Salomea, Wien IV, Frankenberggasse 13.
Hartmann, Dr. med. Heinz, Wien I, Rathausstraße 15 *(Schriftführer).*
Heilpern, geb. Fuchs, Else, Wien XVII, Jörgerstraße 32.
Hitschmann, Dr. med. Eduard, Wien IX, Währingerstraße 24 *(Leiter des Ambulatoriums).*

Hoffer, Dr. med. et phil. Wilhelm, Wien I, Dorotheergasse 7.
Hoffer-Schaxel, Hedwig, Wien I, Dorotheergasse 7.
Hoffmann, Dr. med. Ernst Paul, Wien VI, Mariahilferstraße 23—25.
Isakower, Dr. med. Otto, Wien VIII, Piaristengasse 38. *(Kassier).*
Jekels, Dr. med. Ludwig, Wien I, Lobkowitzplatz 1.
Jokl, Dr. med. Robert Hans, Wien I, Opernring 19.
Kris, Dr. phil. Ernst, Wien IX, Schwarzspanierstraße 11.
Lampl, Dr. med. Hans, Wien XIX, Pyrkergasse 29.
Lampl-de Groot, Dr. med. Jeanne, Wien XIX, Pyrkergasse 29.
Mack-Brunswick, Dr. med. Ruth, Wien XVIII, Hasenauerstraße 19.
Nepallek, Dr. med. Richard, Wien VIII, Alserstraße 41.
Newton, Caroline, Berwin P. O. Daylesford, Pa., U. S. A.
Nunberg, Dr. med. Hermann, 875 Park Avenue, New York City.
Rank, Beate, c/o. Judge Baker Guidance Center 38 I/2 Beacon Street, Boston, Mass.
Reich, Dr. med. Annie, Praha-Bubenec, Ovenečka 23b.
Sperling, Dr. med. Otto, Wien IV, Wiedner Gürtel 40.
Steiner, Dr. med. Maxim., Wien I, Rotenturmstraße 19.
Stengel, Dr. med. Erwin, Wien I, Bognergasse 7.
Sterba, Dr. med. Richard, Wien VI, Mariahilferstraße 71 *(Bibliothekar).*
Sterba, Dr. phil. Editha, Wien VI, Mariahilferstraße 71.
Storfer, A. J., Wien VIII, Alserstraße 45.
Sugar, Dr. med. Nikolaus, Strosmajerova ul. 8/I, Subotica, Jugoslavien.
Wälder, Dr. phil. Robert, Wien II, Obere Donaustraße 35 *(Schriftführer).*
Wälder, Dr. med. Jenny, Wien II, Obere Donaustraße 35.
Weiß, Dr. med. Karl, Wien IV, Schwindgasse 12.
Winterstein, Dr. phil. Alfred Frhr. v., Wien XIII, Wattmanngasse 38.

Außerordentliche Mitglieder:

Betlheim, Dr. med. Stefan, Zagreb, trg Kralja Petra 3.
Deming, Dr. med. Julia, Wien VIII, Langegasse 32.
Eissler-Selke, Dr. Ruth, Wien VIII, Trautsohngasse 2b.
Freud, Dr. jur. Martin, Rechtsanwalt, Wien IX, Berggasse 7.
Grünspan, Dr. Berta, Wien IX, Wasagasse 2.
Hawkins, Dr. Mary Oneil, Wien IX, Lazarettgasse 9.
Herz, Dr. med. Margit, Wien VI, Gumpendorferstraße 78.
Jackson, Dr. Edith B., Yale Medical School, New Haven, Conn., U. S. A.
Kris, Dr. med. Marianne, Wien IX, Schwarzspanierstraße 11.
Kronengold, Dr. med. Eduard, Wien IV, Gußhausstraße 5.
Levy, Estelle, 513 South Mariposa Avenue, Los Angeles, U. S. A.
Löwenfeld, Dr. Heinrich, Prag XII, Břetislavova 8.
Mahler-Schönberger, Dr. med. Margarete, Wien VIII, Pfeilgasse 30.
Mänchen, Dr. Anna, Wien IX, Schwarzspanierstraße 11.
Schur, Dr. med. Max, Wien VIII, Mölkergasse 5.
Stroß, Dr. med. Josefine, Wien I, Stroblgasse 2.
Walk, Dr. med. Rosa, Wien VIII, Friedrich Schmidtplatz 4, II/6.
Winnik, Dr. med. Heinrich, Bukarest I, Str. Spatarului 32.

Inhaltsverzeichnis
des XXIII. Bandes (1937)

Seite

Franz Alexander: Das Problem der psychoanalytischen Technik . . 75
Therese Benedek: Abwehrmechanismen und Ichstruktur 490
Edmund Bergler: Zur Theorie der therapeutischen Resultate der Psychoanalyse 6
Edward Bibring: Versuch einer allgemeinen Theorie der Heilung . . 18
Gustaw Bychowski: Psychoanalyse im hypoglykämischen Zustand. Versuche zur Therapie der Psychosen 540
Helene Deutsch: Über das induzierte Irresein (Folie à deux) . . . 470
Paul Federn: Die leitungslose Funktion im Zentralnervensystem. Eine Frage der Psychologie an die Physiologie 250
Otto Fenichel: Die Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapie . . 37
— Der Begriff „Trauma" in der heutigen psychoanalytischen Neurosenlehre 339
Thomas M. French: Klinische Untersuchung über das Lernen im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung 96
Sigm. Freud: Die endliche und die unendliche Analyse 209
— Konstruktionen in der Analyse 459
Edward Glover: Die Grundlagen der therapeutischen Resultate . . . 42
Eduard Hitschmann: Bemerkungen über Platzangst und andere neurotische Angstzustände 393
J. H. van der Hoop: Die Objektivität des Analytikers 509
Edith Jacobssohn: Wege der weiblichen Über-Ich-Bildung . . . 402
Ernest Jones: Die Zukunft der Psychoanalyse 241
Anny Katan-Angel: Die Rolle der „Verschiebung" bei der Straßenangst 376
Melanie Klein: Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände 275
René Laforgue: Der Heilungsfaktor der analytischen Behandlung . 50
Jeanne Lampl-de Groot: Masochismus und Narzißmus 479
Philip R. Lehrman: Über einige unbewußte Komponenten beim Mord 527
Hermann Nunberg: Beiträge zur Theorie der Therapie 60
Paul Schilder: Zur Psychoanalyse der Benzhedrinwirkung 536
M. N. Searl: Zur Problematik der technischen Prinzipien 133
James Strachey: Zur Theorie der therapeutischen Resultate der Psychoanalyse 68
Fritz Wittels: Die libidinöse Struktur des kriminellen Psychopathen 360

KLINISCHE BEITRÄGE

Michael Bálint: Ein Beitrag zum Fetischismus 413
A. Kielholz: Zur Begutachtung eines Falles von Päderosis 415

Seite

Robert P. Knight: Zur Dynamik und Therapie des chronischen Alkoholismus 429

MITTEILUNGEN UND DISKUSSIONEN

Rodolphe Loewenstein: Bemerkungen zur Theorie des therapeutischen Vorgangs der Psychoanalyse 560

Theodor Reik: Der Angstangriff. Bemerkungen zum IX. Kapitel von Anna Freuds Buch „Das Ich und die Abwehrmechanismen" 306

Hanns Sachs: Zur Theorie der psychoanalytischen Technik 563

Paul Schilder: Sich-Anklammern und Gleichgewicht. Bemerkungen zu der Arbeit von Imre Hermann: Sich-Anklammern — Auf-Suche-Gehen 313

René Spitz: Familienneurose und neurotische Familie. Bericht über den IX. Kongreß der Psychoanalytiker französischer Sprache 1936 in Nyon 548

NACHRUF

Lou Andreas-Salomé † . . . . . *(Sigm. Freud)* 5

REFERATE

Aus der Literatur der Grenzgebiete:

Bilz: Psychogene Angina . . . . . *(Hitschmann)* 564
Bjerre: Das Träumen als Heilungsweg der Seele . . . . . *(Grotjahn)* 565
Böhm: Erbkunde . . . . . *(Christoffel)* 565
Brown: Psychology and the Social Order . . . . . *(Grotjahn)* 566
Markuszewicz: Urogenitalismus . . . . . *(Hitschmann)* 566
Niedermeyer: Grundriß der Pastoral-Medizin . . . . . *(van der Sterren)* 567
Popovic: Predavanja iz psihoanalize . . . . . *(Sugar)* 318
Pulay: Der überempfindliche Mensch . . . . . *(Hitschmann)* 567
Sihle: Was ist Seele? . . . . . *(Schilder)* 568
Speyer: Bijdrage tot de kennis van de energetisch-psychologische grondslagen van den Zelfmoord . . . . . *(Katan)* 443
Straus: Vom Sinn der Sinne . . . . . *(Grotjahn)* 568
Wittkower: Einfluß der Gemütsbewegungen auf den Körper . . . *(Grotjahn)* 569

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur:

Bersot: Die Fürsorge für die Gemüts- und Geisteskranken in der Schweiz . . . . . *(Grotjahn)* 444
Die Grundlagen des Wesens und des Betragens des Menschen. Symposion der American Psychiatric Association, Washington . . . . . *(Dorsey)* 444
Lichtenstein: Nervosität . . . . . *(Hitschmann)* 570
Moll: Ein Leben als Arzt der Seele . . . . . *(Hitschmann)* 570
Müller: Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten . . . . *(Grotjahn)* 156
Pilcz: Nervöse und psychische Störungen . . . . . *(Grotjahn)* 156
Psychiatrische en neurologische Bladen . . . . . *(J. Lampl-de Groot)* 571

Seite

Psychotherapeutische Praxis . . . . . (*R. Sterba*) 156
Rothschild: Symbolik des Hirnbaues . . . . . (*Schilder*) 157
Schultz: Neurose, Lebensnot, ärztliche Pflicht . . . . . (*Grotjahn*) 158
Trüb: Psychosynthese als seelisch-geistiger Heilungsprozeß . . . . (*Kielholz*) 574
Vondracek: Farmakologie duše . . . . . (*Karpe*) 319
Weygandt: Der jugendliche Schwachsinn . . . . . (*Grotjahn*) 446
Wietfeld: Kriegsneurose als psychisch-soziale Mangelkrankheit . . (*Grotjahn*) 320
Wilder: Unheilbare Neurose und „Unheilbarkeits-Neurose" . . . (*Hitschmann*) 574

Aus der psychoanalytischen Literatur:

Alexander: Addenda to „The Medical Value of Psychoanalysis" . (*Fenichel*) 575
Berg: The Unconscious Significance of Hair . . . . . (*Fenichel*) 321
Brickner und Kubie: A Miniature Psychotic Storm Produced by a Superego Conflict over Simple Posthypnotic Suggestion . . . . . (*Fenichel*) 575
Brierley: Specific Determinants in Feminine Development . . . (*Fenichel*) 446
Christoffel: Exhibitionism and Exhibitionists . . . . . (*Fenichel*) 159
Cochrane: „A Little Widow is a Dangerous Thing" . . . . . (*Fenichel*) 449
Daniels: Analysis of a Case of Neurosis With Diabetes Mellitus . . . (*Fenichel*) 576
Fairbairn: The Effect of the King's Death upon Patients under Analysis . . . . . (*Fenichel*) 160
Feigenbaum: On Projection . . . . . (*Fenichel*) 449
Gross: The Psychic effects of Toxic and Toxoid Substances . . . . (*Fenichel*) 160
Hendrick: Ego Development and Certain Character Problems . . (*Fenichel*) 450
Horney: The Problem of the Negative Therapeutic Reaction . . . (*Fenichel*) 321
Hoskins: An Endocrine Approach to Psychodynamics . . . . . (*Fenichel*) 322
Isaacs: „Bad Habits" . . . . . (*Fenichel*) 161
Jeffreys: The Unconscious Significance of Numbers . . . . . (*Fenichel*) 450
Jekels: The Psychology of the Festival of Christmas . . . . . (*Fenichel*) 323
Kronengold und R. Sterba: Two Cases of Fetishism . . . . (*Fenichel*) 323
Laforgue: A Contribution to the Study of Schizophrenia . . . . (*Fenichel*) 451
Levin: The Activation of a Repressed Impulse under Apparently Paradoxical Circumstances . . . . . (*Fenichel*) 451
Levy: A Note on Pecking in Chickens . . . . . (*Fenichel*) 162
K. Menninger: Unconscious Values in Certain Consistent Mispronounciations . . . . . (*Fenichel*) 162
— Psychological Factors in Urological Disease . . . . . (*Fenichel*) 576
Bulletin of the Menninger Clinic: Sigmund Freud, May 6, 1856 . . . (*Fenichel*) 577
Parcheminey: Le Problème de l'Hystérie . . . . . (*Federn*) 324
Ribble: Ego Dangers and Epilepsy . . . . . (*Fenichel*) 325
Rinaker: A Psychoanalytical Note on Jane Austen . . . . . (*Fenichel*) 325
Riviere: A Contribution to the Analysis of the Negative Therapeutic Reaction . . . . . (*Fenichel*) 451
M. Schmideberg: „Bad Habits" in Childhood. Their Importance in Development . . . . . (*Fenichel*) 162
— A Note on Suicide . . . . . (*Fenichel*) 325
Searl: Infantile Ideals . . . . . (*Fenichel*) 326
Stephen: „Hateful", „Awful", „Dreadful" . . . . . (*Fenichel*) 328
Toffelmier und Luomala: Dreams and Dreaminterpretation of the Diegueno Indians of Southern California . . . . . (*Fenichel*) 578

Seite

Weigert-Vowinckel: A Contribution to the Theory of Schizophrenia . . . . . (*Fenichel*) 579
Wilson: The Analysis of a Transitory Conversion Symptom Simulating Pertussis . . . . . (*Fenichel*) 163

KORRESPONDENZBLATT DER INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

Mitteilungen des Zentralvorstandes

Bericht über den XIV. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß 164

Mitteilungen der Internationalen Unterrichts-Kommission

Mitteilung des Präsidiums 331
Bericht über die Plenarversammlung auf dem XIV. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß 193
Berichte der Institute auf der Plenarversammlung der I. U. K.:
Boston Psychoanalytic Institute 331
British Psychoanalytical Institute 332
Chicago Institute for Psychoanalysis 332
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft 333
Finnisch-Schwedische Psychoanalytische Vereinigung, Bericht der Lehrstelle Stockholm 333
Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület 334
Palestine Institute for Psychoanalysis, Jerusalem 334
Institut de Psychanalyse de Paris 334
Psychoanalytická skupina v Č. S. R. 335
Bericht über die zweite Vierländertagung in Budapest 335

Tätigkeitsberichte der psychoanalytischen Ambulatorien 1936 453
Berlin 454
Budapest 455
Chicago 456
London 456
Paris 457
Wien 458

Berichte der Zweigvereinigungen

The American Psychoanalytic Association 329
British Psycho-Analytical Society 203
Dansk-Norsk Psychoanalytisk Forening 204
Indian Psycho-Analytical Society 204
Chewra Psychoanalytith b'Erez Israel 205
Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület 205
Société Psychanalytique de Paris 205
Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse 206
Svensk-Finska Psykoanalytiska Föreningen 207

Jean Frois-Wittmann † 581
Preisausschreiben des Psychoanalytischen Lehrinstitutes in London 581
David Eder-Stiftung 581
Redaktionelle Mitteilung 329
Mitgliederverzeichnis der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung 582

THE PSYCHOANALYTIC QUARTERLY

Sixth year of publication

THE QUARTERLY
is devoted to original contributions in the field of theoretical, clinical and applied psychoanalysis, and is published four times a year.

The Editorial Board of the QUARTERLY consists of Drs. Bertram D. Lewin, Gregory Zilboorg, Henry Alden Bunker, Jr., Raymond Gosselin, Lawrence S. Kubie, Monroe A. Meyer and Carl Binger.

CONTENTS FOR JULY 1937:

W. Bischler: Intelligence and the Higher Mental Functions. — M. Ralph Kaufman: Psychoanalysis in Late-Life Depressions. — Max Levy-Suhl: Resolution by Psychoanalysis of Motor Disturbances in an Adolescent. — Michael Balint: A Contribution to the Psychology of Menstruation. — Bernard S. Robbins: Escape Into Reality: A Clinical Note on Spontaneous Social Recovery. — Book Reviews. — Current Psychoanalytic Literature.

Editorial communications should be sent to the Managing Editor, Room 1404, 57 West 57th Street, New York, N. Y.

Foreign subscription price is $ 6.50. A limited number of back copies are available; volumes in original binding $ 7.50.

Business correspondence should be sent to:

THE PSYCHOANALYTIC QUARTERLY PRESS
372—374 BROADWAY, ALBANY, NEW YORK

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHO-ANALYSIS

Directed by
SIGM. FREUD

Edited by
ERNEST JONES

This Journal is issued quarterly. Besides Original Papers, Abstracts and Reviews, it contains the Bulletin of the International Psycho-Analytical Association, of which it is the Official Organ.

Editorial communications should be sent to Dr. Ernest Jones, 81 Harley Street, London, W. 1.

The Annual Subscription is 30s per volume of four parts.

The Journal is obtainable by subscription only, the parts not being sold separately.

Business correspondence should be addressed to the publishers, Ballière, Tindall & Cox, 8 Henrietta Street, Covent Garden, London, W. C. 2., who can also supply back volumes.

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Band XXIII, Heft 4

(Ausgegeben im Dezember 1937)

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
Sigm. Freud:	Konstruktionen in der Analyse	459
Helene Deutsch:	Über das induzierte Irresein (Folie à deux)	470
Jeanne Lampl-de Groot:	Masochismus und Narzißmus	479
Therese Benedek:	Abwehrmechanismen und Ichstruktur	490
J. H. van der Hoop:	Die Objektivität des Analytikers	509
Philip R. Lehrman:	Über einige unbewußte Komponenten beim Mord	527
Paul Schilder:	Zur Psychoanalyse der Benzhedrinwirkung	536
Gustaw Bychowski:	Psychoanalyse im hypoglykämischen Zustand. Versuche zur Therapie der Psychosen	540

MITTEILUNGEN UND DISKUSSIONEN

René Spitz:	Familienneurose und neurotische Familie. Bericht über den IX. Kongreß der Psychoanalytiker französischer Sprache 1936 in Nyon	548
Rodolphe Loewenstein:	Bemerkungen zur Theorie des therapeutischen Vorgangs der Psychoanalyse	560
Hanns Sachs:	Zur Theorie der psychoanalytischen Technik	563

REFERATE

Aus der Literatur der Grenzgebiete

Bilz: Psychogene Angina (*Hitschmann*) 564. — Bjerre: Das Träumen als Heilungsweg der Seele (*Grotjahn*) 565. — Böhm: Erbkunde (*Christoffel*) 565. — Brown: Psychology and the Social Order (*Grotjahn*) 566. — Markuszewicz: Urogenitalismus (*Hitschmann*) 566. — Niedermeyer: Grundriß der Pastoral-Medizin (*van der Sterren*) 567. — Pulay: Der überempfindliche Mensch (*Hitschmann*) 567. — Sihle: Was ist Seele? (*Schilder*) 568. — Straus: Vom Sinn der Sinne (*Grotjahn*) 568. — Wittkower: Einfluß der Gemütsbewegungen auf den Körper (*Grotjahn*) 569.

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

Lichtenstein: Nervosität (*Hitschmann*) 570. — Moll: Ein Leben als Arzt der Seele (*Hitschmann*) 570. — Psychiatrische en neurologische Bladen, 1935, No. 4/5: Bouman: Hysteria; Rümke: Allgemeine psychologische und psychoanalytische Auffassungen über Hysterie; Westerman-Holstijn: Hysterische Reaktionen und Entwicklungspsychologie; Steuvers: Hysterie en Reflexen (*J. Lampl-de Groot*) 571. — Trüb: Psychosynthese als seelisch-geistiger Heilungsprozeß (*Kielholz*) 574. — Wilder: Unheilbare Neurose und „Unheilbarkeits-Neurose" (*Hitschmann*) 574.

Aus der psychoanalytischen Literatur

Alexander: Addenda to „The Medical Value of Psychoanalysis" (*Fenichel*) 575. — Brickner und Kubie: A Miniature Psychotic Storm Produced by a Superego Conflict over Simple Posthypnotic Suggestion (*Fenichel*) 575. — Daniels: Analysis of a Case of Neurosis With Diabetes Mellitus (*Fenichel*) 576. — Menninger: Psychological Factors in Urological Disease (*Fenichel*) 576. — Bulletin of the Menninger Clinic. Sigmund Freud, May 6, 1856 (*Fenichel*) 577. — Toffelmier und Luomala: Dreams and Dreaminterpretation of the Diegueno Indians of Southern California (*Fenichel*) 578. — Weigert-Vowinckel: A Contribution to the Theory of Schizophrenia (*Fenichel*) 579.

KORRESPONDENZBLATT DER INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

Jean Frois-Wittmann †. — I. Preisausschreiben des Psychoanalytischen Lehrinstitutes in London 581. — II. David Eder-Stiftung 581. — III. Mitgliederverzeichnis der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung 582.

Preis des Heftes Mark 7.50. Jahresabonnement Mark 28.—

Jährlich 4 Hefte im Gesamtumfang von etwa 600 Seiten

Einbanddecken zu dem abgeschlossenen XXIII. Band (1937), sowie zu allen früheren Jahrgängen: in Leinen Mark 2.50, in Halbleder Mark 5.—

Eigentümer und Verleger: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Ges. m. b. H., Wien IX, Berggasse 7
Herausgeber: Prof. Dr. Sigm. Freud, Wien — Verantwortlich für die Redaktion: Dr. Edward Bibring, Wien VII, Siebensterngasse 31
Druck: Jakob Weiß, Wien II, Große Sperlgasse 40
Printed in Austria